POUR LE BIEN DE LA SANTE PUBLIQUE:

Un plan d'action

Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS
et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario
Avril 2004

104-05643/

Membres du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses

Les membres du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses sont les suivants :

- D[r] David Walker, doyen des Sciences de la santé et directeur de la faculté de médecine, Université Queen's (président)
- D[r] Wilbert Keon, président-directeur général, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (à la retraite depuis avril 2004) et sénateur, Sénat du Canada
- D[r] Andreas Laupacis, président-directeur général, Institut de recherche en services de santé, Toronto
- D[r] Donald Low, directeur du service de microbiologie, Hôpital Mount Sinai, Toronto
- D[r] Kieran Moore, médecin de salle d'urgence, Hôpital régional de Sudbury
- D[r] Jack Kitts, président-directeur général, L'Hôpital d'Ottawa
- M[me] Leslie Vincent, vice-présidente directrice du service de soins infirmiers, Hôpital Mount Sinai, Toronto
- D[r] Robin Williams, médecin hygiéniste, région du Niagara, et professeur clinicien, Département de pédiatrie, Université McMaster

Les personnes suivantes ont d'office fait part de leurs opinions et de leurs conseils aux membres du Comité d'experts :

- D[r] David Naylor, doyen de la faculté de médecine, Université de Toronto
- D[r] Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- D[r] Jim Young, commissaire à la sûreté et à la sécurité publique de l'Ontario
- D[r] Dick Zoutman, directeur du Medical Microbiology and Infection Control, Hôpital général de Kingston, président du Comité consultatif scientifique sur le SRAS de l'Ontario
- D[r] Hanif Kassam, médecin hygiéniste intérimaire et directeur des programmes de santé publique, région de York

Le Comité d'experts désire également souligner la contribution du D[r] Colin D'Cuhna à titre de membre nommé d'office, au cours de la première phase de nos travaux.

Remerciements

Le Comité remercie le personnel du Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS pour son excellent travail :

Gail Paech, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et son équipe.

Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS
Phil Jackson
Liz Walker
Helen Bedkowski
Elizabeth Carlton
Camille Lemieux
Kathryn MacCoon
Liz McCreight
Karen Nixon
Beata Pach
Paulina Salamo
Nancy VanKessel

Nous tenons également à remercier Helen Stevenson, qui a révisé et effectué la mise en page de ce rapport.

Le Comité d'experts tient également à remercier les chercheurs, les représentants d'autres collectivités publiques et les nombreux particuliers qui nous ont généreusement fait part de leurs expériences personnelle et professionnelle.

Avant-propos

Un an avant la publication du présent rapport, les bulletins d'information étaient monopolisés par les nouvelles de l'apparition de nouveaux cas de SRAS et des mises en quarantaine. Nous sommes très conscients que nous ne pouvons rendre justice, voire même reconnaître l'ampleur de la douleur, de la souffrance et de la peur qu'ont connues tant de personnes il y a si peu de temps.

Comment exprimer les émotions vécues par les membres d'une famille qui ne peuvent pas être auprès de leurs proches malades ou hospitalisés. Ou celles des enfants trop jeunes pour comprendre pourquoi ils ne peuvent plus embrasser leurs parents en quarantaine. Ou celles des travailleurs de la santé qui, soudainement, deviennent les patients de leurs collègues.

Le SRAS est intimement lié à des milliers d'expériences personnelles – il fait maintenant partie intégrante de notre mémoire collective. Nous nous rappelons ceux qui sont décédés. Nous rendons hommage à ceux qui ont lutté contre la maladie et qui ont connu des souffrances dont nous ne pourrons jamais comprendre toute l'ampleur.

Alors que le printemps revient parmi nous et que nous repensons aux événements de l'année dernière, il est facile pour certains d'entre nous, pris dans le tourbillon des soucis de la vie, d'oublier la crise et de la laisser s'évanouir comme un cauchemar. Nous espérons qu'aucun d'entre nous n'aura à faire face à une telle situation de son vivant.

L'espoir, cependant, ne suffit pas. Il faut s'engager, réaliser des progrès et poser des gestes concrets.

C'est pourquoi l'hommage le plus durable que nous puissions rendre consiste à donner à notre société, à nos fournisseurs de soins de santé et à nos collectivités les outils, le soutien et les ressources dont la nécessité a été constatée par ceux et celles qui ont combattu la maladie.

Nous avons pris le temps de jeter un regard en arrière et d'apprendre ce que nous croyons être les leçons clés du SRAS. Dans ce rapport final, nous examinons la situation pour présenter les composantes qui découlent de ce que nous considérons comme le plan directeur du renforcement de notre système de santé et de notre capacité d'intervention face aux risques sanitaires et aux situations d'urgence futures. Nous présentons nos travaux avec humilité et dans la reconnaissance de l'ampleur des enjeux à venir. Nous croyons fermement que des changements seront apportés et que l'héritage du SRAS sera celui d'un avertissement reçu.

Table des matières

	Page
Sommaire et recommandations	9
Résumé du rapport préliminaire	53
Introduction – Rapport final	65
Chapitre un : Organisation de l'agence— Renouveau et changement	79
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections	155
Chapitre trois : Points de service	213
Chapitre quatre : Plan d'action	251
Annexes	303
Glossaire	321

Sommaire

Sommaire

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nous avons pris le temps de jeter un regard sur le passé et d'apprendre ce que nous croyons être les leçons clés du SRAS. Dans ce rapport final, nous examinons la situation pour présenter les composantes qui découlent de ce que nous considérons comme le plan directeur du renforcement de notre système de santé et de notre capacité d'intervention face aux risques sanitaires émergents et aux situations d'urgence futures.

Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses a été mis sur pied par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée en mai 2003. Nous avons été chargés de cerner les principales leçons tirées de l'éclosion du SRAS et de présenter des recommandations sur la capacité de l'Ontario à faire face, dans l'avenir, aux urgences en matière de santé publique et de maladies infectieuses.

Afin de remplir notre mandat, nous avons tenté d'aligner nos travaux avec le cadre conceptuel global pour la revitalisation de la santé publique au Canada. Ce cadre est décrit dans le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique[1] et il est appuyé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie[2].

Le 15 décembre 2003, nous avons publié notre rapport préliminaire, lequel présente 53 recommandations exigeant des mesures devant être prises de toute urgence[3]. Le rapport final est fondé sur ces conseils et présente des recommandations supplémentaires concernant la création d'un organisme centralisé de santé publique en Ontario, lequel serait intégré à un cadre de travail national complet en matière de santé publique. Le texte et les recommandations du rapport final reposent sur les réunions et discussions tenues avec de nombreux spécialistes, professionnels de la santé, patients et membres de leur famille ainsi que sur une série de projets de recherche indépendants.

Nous demeurons convaincus du bien-fondé des recommandations du rapport préliminaire et nous demandons avec insistance qu'elles soient étudiées de pair avec les recommandations du présent rapport final, puisqu'elles forment un cadre de travail complet.

En publiant ce rapport, le Comité d'experts exhorte l'Ontario à jouer un rôle actif dans le rajeunissement de la santé publique, tant aux paliers provincial que fédéral.

Renouvellement de la santé publique en Ontario

L'un des enjeux les plus frappants et les plus pressants que nous avons soulevé dans notre rapport préliminaire est relié aux pénuries de ressources humaines, particulièrement en santé publique. C'est pourquoi nous sommes en faveur d'une stratégie complète de revitalisation des ressources humaines en santé publique, laquelle prévoit notamment l'augmentation de la capacité en matière d'éducation, de formation et de promotion des carrières en santé publique ainsi que l'amélioration des stratégies actuelles de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes et des membres de leur personnel. De plus, le présent rapport recommande d'examiner le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) existant afin d'augmenter la taille de ses composantes de recherche et de formation.

Le Comité d'experts a indiqué dans son rapport préliminaire qu'il appuyait le regroupement de plusieurs bureaux de santé publique par région au cours des deux prochaines années. En outre, nous recommandons que toute consolidation de ce type soit fondée sur les aspects démographiques, sur les données relatives à l'état de santé ainsi que sur une évaluation indépendante de la capacité dans les domaines suivants : les effectifs existants, les ressources et les compétences à l'échelon local, les obstacles importants relatifs au fonctionnement, au système et à la gouvernance qui entravent le fonctionnement du bureau de santé publique et enfin sur les mesures appropriées et nécessaires à une meilleure harmonisation avec d'autres domaines de services de santé clés.

Le Comité d'experts reconnaît les enjeux entourant le rôle municipal dans le financement de la santé publique en Ontario. Nous appuyons fortement la restructuration de l'entente municipale-provinciale actuelle sur le partage des coûts, de sorte que la province finance de 75 à 100 % des ressources en santé publique d'ici deux à cinq ans. Le plein financement provincial des 180 postes qui ont été promis aux bureaux de santé publique dans le cadre du plan d'action à court terme contre le SRAS de l'Ontario doit se poursuivre et des processus visant à financer la totalité des programmes de santé publique de lutte contre les maladies transmissibles doivent être élaborés.

Dans le but d'appuyer les changements nécessaires aux échelons locaux et provinciaux, le Comité d'experts propose d'examiner les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*[4] afin d'augmenter la conformité, tel que stipulé dans le rapport annuel 2003 du vérificateur provincial[5]. Pour ce faire, il convient de passer ces lignes directrices en revue afin de clarifier leur portée ainsi que le rôle et les attentes des bureaux de santé publique concernant le secteur des soins actifs et faire en sorte d'y inclure formellement la communication des risques en santé publique.

Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario

Dans le rapport préliminaire, nous avons suggéré l'établissement d'un nouvel organisme de santé publique en Ontario. Nous avons également recommandé une série de mesures afin d'augmenter la capacité d'intervention de l'Ontario en cas d'urgence de santé publique, d'élaborer une stratégie de communication des risques de santé publique et d'établir une infrastructure technologique permettant de transmettre l'information en temps utile à tous les intervenants et praticiens de la santé.

En élargissant notre vision première, nous proposons et recommandons, dans notre rapport final, la création d'une agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario par l'entremise d'une loi. L'agence aurait le mandat de développer des moyens de pointe, notamment le Laboratoire central de santé publique provincial et un service spécialisé dans les enjeux concernant la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, les mesures et interventions d'urgence, la promotion de la santé et la prévention des accidents, la recherche et le transfert des connaissances, l'épidémiologie et la surveillance, la documentation et le soutien connexe ainsi que les communications. Il sera nécessaire d'établir des liens appropriés entre les organismes de santé publique et les centres de recherche fédéraux.

Le Laboratoire central de santé publique doit être mis en commun avec l'agence et jouer un rôle clé dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Parmi les fonctions supplémentaires que l'agence devrait assumer, notons : la recherche et le transfert des connaissances, l'analyse épidémiologique, la coordination des activités de surveillance, les communications (dont l'établissement d'un réseau de communication des risques), la participation directe à un réseau d'alerte de santé publique, les mesures et interventions d'urgence ainsi que le soutien. Bien qu'il faille d'abord axer les efforts sur la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, une évaluation indépendante de l'agence devrait être effectuée dans les trois années suivant son établissement afin d'y intégrer des moyens appropriés en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques, de promotion de la santé et de prévention des accidents. L'agence serait également tenue de présenter un plan d'élargissement de ses activités de promotion de la santé.

Afin de rehausser le profil de cette nouvelle agence ainsi que la confiance à son égard, le présent rapport soumis par le Comité d'experts propose une gamme de dispositions importantes ayant trait à la transparence et à la gouvernance. Les buts de l'agence couvriraient un ensemble de facteurs essentiels de succès qui sont fondés sur les expériences d'autres

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

collectivités publiques; elle participerait ainsi au renouvellement de la santé publique, lequel est nécessaire à l'échelle de la province. Afin de mesurer l'atteinte de ces buts, l'agence présenterait au public une série de rapports annuels, notamment un plan sur le rendement et un rapport sur la santé des Ontariennes et Ontariens.

Quant à l'autonomie du médecin hygiéniste en chef, le Comité d'experts a proposé des modifications législatives en vue d'en augmenter la portée afin qu'il puisse communiquer et présenter des rapports sur des questions pressantes de santé publique, voire même devant l'Assemblée législative, au besoin.

Nous proposons que l'agence soit dirigée par un président-directeur général, lequel relèverait du médecin hygiéniste en chef, et que les lois soient modifiées afin de conférer une plus grande autonomie à ce dernier. Le fonctionnement et les finances de l'agence devraient être gérées par un conseil d'administration, dont les membres sont nommés grâce à un processus transparent.

Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Le Comité d'experts est d'avis que le SRAS a mis en lumière des lacunes importantes de longue date dans le domaine de la lutte contre les infections, notamment sur le plan des normes provinciales, du manque d'effectifs et d'occasions de formation ainsi que sur celui de la conception des établissements. Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts a recommandé qu'un comité provincial permanent soit créé afin d'élaborer des normes exhaustives de lutte contre les infections, de créer des mécanismes visant à assurer la conformité à ces normes et à superviser les vérifications dans ce domaine. Nous avons également recommandé que les ressources et les compétences en matière de lutte contre les infections soient disponibles sur une base régionale grâce à la création de réseaux régionaux et qu'une série de mesures soit adoptée pour améliorer la formation et l'éducation à la lutte contre les infections et ce, à tous les niveaux.

Dans le présent rapport, le Comité d'experts recommande fortement qu'un comité provincial permanent de lutte contre les maladies transmissibles, ainsi que tous les sous-comités nécessaires, soit constitué immédiatement et que son rôle consiste à conseiller le médecin hygiéniste en chef et, partant, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Ce comité deviendrait, en fin de compte, une ressource pour un département de lutte contre les maladies transmissibles et les infections au sein de l'agence.

Le mandat initial du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles et de ses sous-comités consisterait à établir des normes de même que des lignes directrices en matière de prévention et de lutte contre les infections, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre de programmes complets de prévention dans tous les établissements de santé ainsi que des programmes de formation dans les établissements. Par la suite, le comité devrait se consacrer à des activités telles que : prêter main forte au raffinement des protocoles provinciaux sur les maladies transmissibles (par exemple, un plan d'intervention contre une pandémie de grippe en Ontario), établir des indicateurs essentiels à la surveillance des infections nosocomiales devant faire l'objet d'un tel contrôle à l'échelle de la province et définir son rôle en matière de vérification en créant des systèmes de vérification autonome et par les pairs.

Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles devrait offrir ses ressources aux réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections devant être créés partout en Ontario et leur offrir, entres autres services, des normes et des lignes directrices fondées sur des preuves scientifiques. Le Comité d'experts considère que le rôle essentiel de ces réseaux régionaux consiste à coordonner la lutte contre les infections et les activités relatives aux maladies transmissibles à l'échelon régional. Il est possible d'atteindre ces objectifs grâce à des activités telles que l'évaluation des pratiques et ressources de lutte contre les infections, l'aide à la mise en œuvre des normes et lignes directrices, la coordination de la surveillance, le soutien aux initiatives en matière de maladies transmissibles et l'augmentation de l'accès aux spécialistes de la lutte contre les infections et aux ressources qui y sont consacrées.

Dans ce rapport, nous proposons un modèle détaillé à l'intention des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, lequel examine notamment la question de la structure organisationnelle, des ressources nécessaires, des membres et du financement. Nous avons également établi un nombre de variables essentielles dont il faudra tenir compte lorsque viendra le temps de définir les frontières de ces réseaux régionaux.

De plus, le Comité d'experts a discuté et formulé des recommandations concernant les questions de conception des établissements qui doivent être résolues dans le contexte régional.

Les activités d'un nouveau comité provincial et des réseaux régionaux doivent être soutenues par un plan provincial complet de surveillance des maladies infectieuses ainsi que par une infrastructure de technologie de l'information appropriée, tel que recommandé dans le rapport préliminaire. Le Comité d'experts a également recommandé de développer le Système

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

ontarien d'information sur la santé publique afin de permettre le partage des renseignements pertinents, notamment les données épidémiologiques et celles se rapportant à la surveillance.

Points de service

Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts a reconnu l'incidence énorme du SRAS sur les fournisseurs et les établissements de soins de santé. Ce faisant, nous avons recommandé qu'au moins 70 % des travailleurs de la santé soient employés à plein temps, que le travail occasionnel soit réduit au minimum et que des programmes de soutien psychologique et d'éducation pour les travailleurs de la santé soient mis en place. Nous avons également soutenu un réexamen des politiques, procédures et ressources de santé et sécurité au travail afin de développer des meilleures pratiques en ce qui concerne le lien entre la santé et la sécurité au travail et la lutte contre les infections.

En élaborant davantage ces premières recommandations, nous avons prolongé les discussions, puis nous avons recommandé des stratégies d'emploi afin de réduire les effets du travail occasionnel et de maximiser la capacité ainsi que la viabilité de la main d'œuvre du domaine de la santé, d'aborder la question des devoirs des employeurs et des employés ainsi que d'améliorer le soutien psychologique aux travailleurs.

Dans ce rapport, nous nous sommes également concentrés sur les usagers du système de santé, c'est-à-dire les patients et leur famille, en discutant de l'incidence du SRAS sur l'utilisation du système de santé, du besoin d'améliorer la capacité en soins intensifs, le soutien aux personnes par l'étude de raffinements aux politiques de visite et le soutien aux personnes en quarantaine.

Mise en œuvre

Dans son rapport préliminaire, le Comité d'experts a recommandé qu'un organisme indépendant unique soit constitué pour superviser la mise en œuvre des recommandations du rapport et qu'il soit assisté dans ses travaux par un groupe consultatif multidisciplinaire composé de spécialistes. Nous avons élargi le mandat de cet organisme pour y ajouter la mise en œuvre des recommandations supplémentaires contenues dans le rapport final. De plus, le présent rapport contient nos recommandations relatives à la création d'une équipe de transition dont la responsabilité consisterait à finaliser le mode de fonctionnement de l'agence ainsi que son plan de mise en œuvre.

Afin de réunir les deux rapports et d'offrir un portrait complet de nos délibérations et recommandations, nous avons élaboré une liste exhaustive de recommandations tirées du rapport préliminaire et du rapport final pour les présenter en une liste unique, laquelle est jointe au présent sommaire. Nous avons également défini un plan de mise en œuvre progressif et présenté le coût prévu des recommandations consolidées dans un chapitre du présent rapport.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Bibliographie

1. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada. Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* [Ottawa] : Santé Canada; 2003.

2. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Kirby M. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir.* Novembre 2003. Consultation en ligne : http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm. Consulté le 5 novembre 2003.

3. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, (Ontario), Walker D. *Pour le bien de la Santé publique : Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario* [Toronto, Ontario] : Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2003.

4. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Décembre 1997. Consultation en ligne : www.gov.on.ca/health/french/pubf/ pubhealthf/manprogf/mhp_dlf.doc. Consulté le 17 janvier 2004.

5. Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. *Rapport annuel 2003. Chapitre 3 : Rapports sur les vérifications d'optimisation des ressources : Section 3.09; Activité de la santé publique.* 2003. [pages 217 à 244] Consultation en ligne : http://www.auditor.on.ca/french/fr_reports/fr03/fr03fm.htm. Consulté le 12 janvier 2004.

Recommandations

Recommandations complètes

Les recommandations du rapport préliminaire ont été renumérotées séquentiellement pour incorporer les nouvelles recommandations émises dans ce rapport final. Afin de s'y référer plus facilement, nous avons indiqué le numéro original de chaque recommandation du rapport préliminaire dans une case située à gauche de celle-ci.

Ainsi, la liste des recommandations fournies au gouvernement de l'Ontario dans le cadre de notre mandat, est ici complète et finale.

Organisation d'une agence de santé publique

Agence de protection et de promotion de la santé

Rec. n° 1 du rapport préliminaire

1. Le ministère doit immédiatement mettre en branle les travaux d'élaboration nécessaire à la création d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario. Cette agence devrait être tenue de présenter un rapport annuel à l'Assemblée législative, par l'entremise du médecin hygiéniste en chef, qui porterait sur les éléments de base suivants :

   a. le Laboratoire central de santé publique;
   b. les éléments pertinents des ressources provinciales existantes en santé publique;
   c. une division de lutte contre les infections, dont le mandat comprendrait la recherche, la formation, le suivi et la diffusion des meilleures pratiques.

   L'agence devrait également être conçue de façon à permettre d'établir des liens entre l'agence de santé publique canadienne proposée, le réseau national de laboratoires de santé publique proposé et les centres de recherche appropriés.

Structure et mandat de l'agence

Nouvelle

2. Le ministère doit créer une agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario qui sera constituée comme une agence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et détiendra l'autorité requise en vertu d'une loi. Elle aura le mandat suivant :

   - promouvoir et protéger la santé de la population de l'Ontario en créant des services scientifiques, de laboratoire et épidémiologiques rapides et précis et en apportant une expertise ainsi qu'un soutien aux mesures prises pour améliorer la santé des Ontariennes et Ontariens;

- traduire les faits et la recherche en aide, outils, conseils et soutien pratiques et efficaces destinés aux fournisseurs de soins de santé en Ontario.

Nouvelle

3. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario relève du médecin hygiéniste en chef. Ce dernier est nommé d'office au conseil d'administration de l'agence et doit définir la direction stratégique. Un président-directeur général, sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef, sera nommé pour définir la direction scientifique et superviser le fonctionnement quotidien de l'agence.

Fonctions de base

Nouvelle

4. Les fonctions de base de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, telles que définies dans le rapport, doivent inclure ce qui suit :

   a. lutte contre les maladies transmissibles et les infections;
   b. laboratoire central de santé publique;
   c. mesures d'urgence et soutien;
   d. promotion de la santé et prévention des blessures*;
   e. transfert de la recherche et des connaissances;
   f. épicentre et surveillance;
   g. services et soutien bibliothécaires;
   h. communications.

   * Un plan complet approprié pour l'intégration doit être présenté à l'agence au cours de la troisième année de fonctionnement.

Nouvelle

5. Le Laboratoire central de santé publique doit être mis en commun avec l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario envisagée et, dans la mesure du possible, il doit examiner les possibilités de partenariat avec les centres hospitaliers universitaires appropriés, tout en maintenant son intégrité organisationnelle. Ces possibilités pourraient aller d'une officialisation des accords sur la capacité d'appoint à une collaboration à plus grande échelle.

Nouvelle

6. Le ministère doit diriger une évaluation du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), dans le cadre de laquelle on pourra élargir les composantes de recherche et de formation.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle 7. Dans les trois ans suivant sa création, les progrès de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent faire l'objet d'une évaluation externe.

Facteurs clés du succès

Nouvelle 8. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit être basée sur les facteurs clés de succès suivants, tel que présentés dans le rapport :

- transparence;
- responsabilisation;
- intégration d'une équipe d'experts multidisciplinaire;
- intégrité et crédibilité;
- soutien intersectoriel;
- partenariats;
- culture des ressources et du service.

Nouvelle 9. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit préparer ou aider à préparer les rapports annuels suivants :

- rapport sur la santé des Ontariennes et Ontariens (peut être semestriel);
- rapport sur le rendement de la santé publique;
- rapport de vérification;
- plan de rendement de l'agence;
- rapports sur l'état de la lutte contre les infections.

Ces rapports doivent être rendus publics dans les 30 jours suivant leur présentation au médecin hygiéniste en chef.

Nouvelle 10. Les dirigeants du gouvernement fédéral, ceux des Premières nations et du ministre de la Santé et des Soins de longue durée doivent entamer des discussions sur un protocole formel concernant les urgences de santé publique à l'échelon des Premières nations, en vue d'établir un protocole d'ici un an.

Nouvelle 11. L'Ontario doit poursuivre vigoureusement les possibilités de mise en commun et de collaboration entre l'agence canadienne de santé publique proposée et l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Conseil d'administration de l'agence

Nouvelle

12. Le conseil d'administration doit adopter une structure formelle dans le but de superviser les objectifs financiers et fonctionnels de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. Le choix des membres doit refléter adéquatement les compétences et la représentation propres à l'organisme. Le noyau des membres du conseil d'administration doit comprendre, au minimum, des représentants experts dans les domaines suivants :
    - laboratoire;
    - secteur hospitalier;
    - fournisseur communautaire;
    - expérience de la gouvernance;
    - santé publique;
    - nomination commune avec le gouvernement fédéral.

    De plus, au moins un siège doit être disponible pour un représentant du public. Le choix final des membres du conseil d'administration doit être fait par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, uniquement à partir d'une liste de membres potentiels, nommés ou proposés à la suite d'un processus de nomination transparent, et finalisée par un groupe d'experts externe. Les membres du conseil doivent servir pour des durées fixes mais décalées et ils doivent être nommés par décret.

    Le premier directeur du conseil d'administration est nommé par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur recommandation du médecin hygiéniste en chef, pour une durée fixe minimale de cinq ans.

Loi constitutive de l'agence

Nouvelle

13. L'Ontario doit créer une loi constitutive pour l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario et elle doit définir un protocole d'entente détaillé, décrivant les liens avec le ministère, Gestion des situations d'urgence Ontario et d'autres partenaires appropriés, qui doivent, au minimum :

    - fixer le rôle et la structure de la future agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, notamment les mesures de sécurité appropriées pour sauvegarder son intégrité et son autorité et s'assurer que les produits et les rapports de recherche sont rendus publics dans un délai de 30 jours après leur présentation au médecin hygiéniste en chef, dans le cas où ils n'auraient pas encore été rendus publics;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- accorder à l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario l'autorité légale pour recueillir, utiliser et divulguer les renseignements médicaux personnels nécessaires à l'exercice des fonctions exigées par son mandat;

- fixer les obligations de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario en ce qui concerne la préparation et la diffusion publique d'un plan de rendement annuel sur l'agence décrivant les objectifs, les mesures du rendement et les progrès réalisés annuellement;

- obliger l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario à effectuer une vérification annuelle qui sera déposée par le ministère dès que possible et au moment le plus opportun avant d'être présentée devant l'Assemblée législative.

Mise en œuvre progressive

Nouvelle

14. Les fonctions initiales de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent être mises en œuvre tel que décrit dans la section sur la mise en œuvre progressive du rapport. Ces domaines d'intérêt comprennent :
    - la coordination de la surveillance et de la planification stratégique;
    - l'analyse épidémiologique;
    - le Laboratoire central de santé publique;
    - la recherche et le transfert des connaissances;
    - les communications.

Nouvelle

15. Les étapes intermédiaires suivantes doivent être mises en œuvre pour préparer la transition de la capacité des laboratoires de santé publique vers l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario :

    - La Division de la santé publique du ministère doit procéder immédiatement à l'embauche de personnel de liaison au sein de la division afin qu'ils travaillent directement avec le Laboratoire central de santé publique pour formaliser et créer des réseaux améliorés entre la composante constituée par le Laboratoire et les composantes de surveillance et d'épidémiologie se trouvant actuellement au sein du ministère.

    - Des médecins-chefs, docteurs en médecine ou détenteurs d'un doctorat, doivent être recrutés à l'échelon du Laboratoire central de santé publique. Une liaison officielle doit être établie pour faire le lien avec la Division de la santé publique.

- En plus de la nécessité d'assurer un minimum de deux postes de microbiologiste médical et de directeur médical (tel qu'identifié dans le rapport préliminaire du Comité d'experts), le ministère doit s'engager à créer deux autres postes de microbiologistes médicaux (pour arriver à un total de quatre nouveaux postes) au cours des 12 prochains mois.

- Une liaison par vidéoconférence doit être établie entre la Division de la santé publique du ministère et le Laboratoire central de santé publique.

- Un organisme de planification conjoint doit être créé entre la Division de la santé publique et la Direction des laboratoires du ministère, et doit tirer parti de l'expertise externe appropriée, si nécessaire.

- Un examen opérationnel formel du système du Laboratoire central de santé publique doit être entrepris en se concentrant principalement sur :

    a. les principaux services et mécanismes d'analyse nécessaires pour centrer les activités du Laboratoire de santé publique sur les aspects d'importance cruciale;

    b. les principales améliorations aux procédures et au fonctionnement pour s'assurer que le Laboratoire central de santé publique soit en mesure de fonctionner de façon optimale tant lors d'éclosions qu'en situation normale. Les éléments qu'il conviendrait d'examiner comprennent les outils technologiques, les procédés administratifs et les impératifs de capacité scientifique à moyen et long terme.

Autonomie du médecin hygiéniste en chef

Rec. n° 2 du rapport préliminaire

16. Le ministère doit modifier immédiatement la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à :

    a. présenter des rapports devant l'Assemblée législative;
    b. faire des commentaires publics sur toute question importante ayant trait à la santé publique, et ce, indépendamment du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

    Une telle disposition doit être édictée le plus tôt possible.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

17. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* doit être modifiée afin de procurer au médecin hygiéniste en chef :

    a. « L'autorité de faire des commentaires publics, notamment de présenter ses observations devant l'Assemblée législative, sans autorisation préalable du ministère lorsque, d'après le médecin hygiéniste en chef, l'urgence du risque pour la santé publique l'exige ».

    b. « L'autorité de divulguer des recherches ou des rapports, qui, à son avis, sont pertinents à la sensibilisation aux questions se rapportant à des risques permanents ou émergents pour la santé des Ontariennes et Ontariens ou à la capacité de la province d'intervenir face à de tels dangers. En dehors des cas d'urgence sanitaire, le médecin hygiéniste en chef donnera au ministère une période maximale de 30 jours pour examiner ce matériel avant de le rendre public ».

Rec. n° 3 du rapport préliminaire

Stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique

18. Nous recommandons que l'Ontario entame immédiatement des discussions avec l'Association of Local Public Health Agencies (alPHa), l'Association des municipalités de l'Ontario et les processus fédéral, provincial et territorial existants en vue d'élaborer une stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique. La stratégie devrait contenir les éléments suivants :

    a. l'augmentation de la capacité d'enseignement et de formation des professionnels en santé publique par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Cela pourrait s'accompagner d'une augmentation des inscriptions dans les institutions d'enseignement et du nombre de postes de formation supérieure ou de résidences;

    b. l'élaboration et le soutien d'un programme de formation et d'études financé par la province à l'intention des membres du personnel de la santé publique, et portant principalement sur lutte contre les infections. Ce programme sera fondé sur le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). Une attention spéciale doit être accordée à la promotion d'une formation polyvalente entre les secteurs de la santé publique, des soins actifs, des soins de longue durée et des autres secteurs;

c. l'élaboration, en partenariat avec le DRHC et des institutions de formation, d'une large campagne visant à promouvoir la carrière en santé publique en Ontario;

d. la création de postes de formation destinés à la réintégration en médecine communautaire, pour permettre aux praticiens exerçant présentement dans d'autres spécialités d'obtenir des compétences en santé publique;

e. la mise sur pied de programmes de formation d'appoint pour mettre à jour les compétences et les qualifications de personnes compétentes, détenant déjà une expérience en santé publique. Cela devrait être accompagné de mesures d'encouragement afin de réintégrer les personnes qui possèdent cette expérience et qui œuvrent présentement dans d'autres domaines;

f. un examen des stratégies de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints,notamment en ce qui a trait à la rémunération.

Le ministère doit remettre au ministre un rapport intermédiaire sur les progrès réalisés à l'égard de cette stratégie d'ici le 1er juin 2004.

Financement municipal et provincial

Rec. n° 4 du rapport préliminaire

19. L'Ontario doit financer à 100 % les 180 postes promis aux bureaux de santé publique dans le cadre du plan d'action ontarien à court terme sur le SRAS.

L'Ontario doit mettre en place un processus indépendant et établir des échéanciers pour l'établissement d'un financement à 100 % de tous les programmes de santé publique en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Ce processus doit être terminé d'ici le 31 décembre 2004.

Dans le cadre de la mise en place d'une capacité à réagir en cas de crise de santé publique à l'échelle de la province, un tel financement devrait être accordé à la condition que les bureaux de santé publique collaborent en réaffectant leurs ressources de lutte contre les maladies transmissibles.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Rec. n° 5 du rapport préliminaire

20. L'Ontario doit immédiatement restructurer l'entente avec les municipalités sur le partage des coûts de la santé publique afin de porter de 75 % à 100 % le financement provincial de ce secteur. Les programmes, notamment ceux qui portent sur la lutte contre les maladies transmissibles, qui sont financés à 100 % par la province doivent le demeurer.

    La nouvelle entente sur le partage des coûts devrait être progressivement mise en place d'ici deux à cinq ans.

Bureaux de santé publique

Rec. n° 6 du rapport préliminaire

21. Le ministère doit revoir le nombre actuel de services de santé publique dans la province, conjointement avec les médecins hygiénistes, l'Association of Local Public Health Units et l'Association des municipalités de l'Ontario. D'ici deux ans, le ministère devrait, en se fondant sur les résultats de cet examen, fusionner les bureaux de santé publique afin que leur nombre se situe entre 20 et 25, tout en maintenant une présence locale par l'entremise des bureaux satellites.

Échelon du bureau de santé publique

Nouvelle

22. Le ministère doit demander une évaluation indépendante sur les bureaux de santé publique actuels. Elle doit inclure des avis d'experts et des comparaisons à des collectivités publiques appropriées dans le but de :

    - déterminer les compétences minimales devant être disponibles à l'échelon du bureau de santé sur la base de facteurs déterminants tels que les caractéristiques géographiques et culturelles, l'état de la santé et les besoins de santé;

    - définir les principaux obstacles dans les domaines fonctionnel, systémique et dans celui de la gouvernance qui peuvent contribuer ou nuire au bon fonctionnement des bureaux de santé locaux;

    - recommander des modèles adéquats de regroupement des bureaux de santé lorsqu'un tel regroupement est rationnel, sur la base des faits générés plus haut, et qu'il contribue à renforcer les ressources du bureau de santé publique local.

Loi sur la protection et la promotion de la santé - conformité

Rec. n° 7 du rapport préliminaire

23. Le ministère doit examiner immédiatement des approches pour renforcer la conformité à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* qui lui sont associées en ce qui a trait à l'affectation de ressources et la prestation de programmes et services de santé obligatoire.

Nouvelle

24. Dans le cadre de l'évaluation des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* pour la santé publique, nous recommandons que l'inclusion de la communication des risques de santé publique soit prise en compte comme étant l'une des normes du programme.

Examen de la capacité de la Division de la santé publique

Rec. n° 8 du rapport préliminaire

25. Le ministère doit immédiatement entreprendre une étude indépendante et exhaustive sur la capacité actuelle de la Division la santé publique de la province. Dans le cadre du renouvellement de la santé publique, le ministère doit tenir compte des recommandations issues de cette étude pour revitaliser les moyens d'assurer la santé publique de la province.

Évaluation du rendement de la santé publique

Rec. n° 9 du rapport préliminaire

26. L'Ontario doit instituer un rapport annuel sur le rendement de la santé publique dans la province, lequel sera présenté à l'Assemblée législative et communiqué au grand public. Un tel rapport doit être préparé par un organisme de recherche approprié agissant comme tierce partie. Le rapport doit indiquer l'état des domaines suivants :
    a. ressources humaines;
    b. informatique;
    c. infections nosocomiales;
    d. conformité à l'égard des programmes et des services obligatoires;
    e. santé de la population;
    f. capacité centralisée en matière d'épidémiologie.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Normes, agrément et surveillance

Rec. n° 11 du rapport préliminaire

27. Le ministère doit immédiatement mettre sur pied un Comité provincial permanent de lutte contre les infections qui relève du médecin hygiéniste en chef. Ce comité aurait les fonctions suivantes :

    a. Superviser les vérifications qui sont déjà en cours dans les hôpitaux concernant les politiques, les programmes et les ressources de lutte contre les infections. Il doit également entreprendre des vérifications supplémentaires dans les autres établissements et organismes de santé de l'Ontario. Ces vérifications devraient être terminées d'ici l'été 2004.

    b. Élaborer, à partir des résultats de ces vérifications sur la lutte contre les infections, des normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections à l'intention de tous les établissements de santé de l'Ontario, notamment les hôpitaux de soins actifs et non actifs, les hôpitaux de soins de longue durée de même que les établissements de soins primaires et communautaires. Ces directives doivent être terminées d'ici le 31 octobre 2004.

    c. Élaborer des normes en collaboration avec Santé Canada.

    d. Mettre au point des mécanismes appropriés pour assurer la conformité, tant aux normes existantes qu'aux nouvelles normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections.

Rec. n° 12 du rapport préliminaire

28. Le ministère, en collaboration avec le comité provincial de lutte contre les infections et avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, doit définir des indicateurs de base pour la surveillance des infections nosocomiales. Ces données doivent être signalées dans le cadre du rapport annuel sur l'état de la santé publique.

Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles

Mise en œuvre et présentation de rapports

Nouvelle

29. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles permanent doit être mis en place avant le 30 juin 2004. Les sous-comités nécessaires doivent également être créés à cette date, notamment un sous-comité provincial de lutte contre les infections. Le cadre de référence du Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit tenir compte et incorporer, le cas échéant, le mandat et les membres du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles.

Nouvelle

30. Le Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles rend compte initialement au médecin hygiéniste en chef; puis, il dépendra du directeur du département de lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, dès que celle-ci sera en fonction.

Nouvelle

31. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit établir des protocoles pour les points de communication bidirectionnelle avec les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Ces protocoles et ces points d'accès à l'information doivent pouvoir être intégrés à d'autres outils technologiques de communication et informatiques créés dans le cadre de l'infrastructure de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le cas échéant.

Nouvelle

32. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit créer une page Web spécialisée, accessible au public et aux fournisseurs de soins de santé. Cette page doit afficher toutes les normes et lignes directrices approuvées, ainsi que celles qui sont en cours d'élaboration, en plus de tous les avis pertinents.

Membres

Nouvelle

33. Le premier président et les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent être nommés par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur la recommandation du médecin hygiéniste en chef et par l'entremise d'un processus de nomination transparent, pour des mandats fixes mais décalés. Une fois l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario créée, le conseil d'administration de l'agence aura la responsabilité de soumettre les nominations.

Les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent compter, au minimum, des représentants des domaines suivants :

- lutte contre les infections;
- maladies infectieuses;
- microbiologie;
- santé et la sécurité au travail;
- santé publique;
- épidémiologie.

ainsi que des représentants des secteurs des soins actifs et non actifs.

Parmi les autres membres du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles, il faut noter le médecin hygiéniste en chef et au moins un représentant des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, comme le président du comité régional de coordination.

Fonctions et mandat

Nouvelle

34. Le mandat initial du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit être de créer des normes et des lignes directrices pour la lutte contre les infections et ce, en appliquant les meilleures pratiques fondées sur les faits.

    a. Les premières normes et lignes directrices de lutte contre les infections créées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent :

        - définir les éléments fondamentaux nécessaires à la création des programmes complets de lutte contre les infections dans les établissements de soins actifs et non actifs;
        - se pencher sur les questions relatives aux ressources humaines et aux compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un programme complet de lutte contre les infections;
        - aborder la formation dans le domaine de la lutte contre les infections à l'échelon de l'établissement, notamment, lorsque cela est approprié, l'élaboration de matériel de formation normalisé, conjointement avec des formateurs.

À titre de mesure supplémentaire, le ministère doit immédiatement élargir et subventionner les programmes de formation dans le domaine de la lutte contre les infections. Il doit également élaborer des stratégies supplémentaires pour recruter des professionnels de la lutte contre les infections.

b. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la seconde partie de son mandat, élaborer des normes et des lignes directrices concernant des pratiques particulières de prévention et de lutte contre les infections, comme :
   - des techniques de lavage des mains;
   - des protocoles de nettoyage et de désinfection;
   - des programmes spécifiques de surveillance;
   - des techniques d'isolement;
   - l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle;
   - la conception des établissements, notamment les salles d'urgence.

c. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la troisième partie de son mandat :

   - définir les principaux indicateurs devant être rapportés par chaque type d'établissement en Ontario;
   - élaborer des systèmes d'auto-vérification et de vérification externe destinés aux établissements et aux organisations;
   - élaborer, au besoin, des modèles de protocoles ou de programmes de lutte contre les infections;
   - conseiller le ministère ou l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario sur les priorités de recherche en matière de lutte contre les infections et les maladies transmissibles en Ontario;
   - conseiller le ministère sur les politiques adaptées pour la lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

Nouvelle

35. À la demande du médecin hygiéniste en chef, le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit commencer à agir en tant qu'organisme consultatif auprès du ministère sur des questions particulières, comme l'amélioration du plan contre la grippe pandémique en Ontario et la publication d'avis sur les questions de lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Rec. n° 10 du rapport préliminaire

36. Le ministère doit établir un processus visant à créer des réseaux régionaux de lutte contre les infections à l'échelle de l'Ontario. Ce processus d'élaboration doit être dirigé conjointement par un hôpital désigné et un bureau de santé publique. Les réseaux doivent inclure, entre autres, des bureaux de santé publique, des praticiens de la lutte contre les infections, des services de santé d'urgence, des établissements de soins de longue durée et des fournisseurs de soins de santé communautaires.

Mandat

Nouvelle

37. Chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doit inclure les activités de base suivantes dans son mandat :

- cerner les ressources et les pratiques de lutte contre les infections présentes dans la région de façon à déterminer la capacité de base et les écarts;
- aider les membres du réseau à mettre en œuvre les normes et les lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles;
- coordonner la surveillance des principaux indicateurs;
- soutenir les activités des bureaux de santé publique, puisqu'ils sont mandatés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
- préparer un rapport centralisé des données et renseignements régionaux.

Membres

Nouvelle

38. Les membres de chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent provenir des établissements ou des organisations, notamment des organismes suivants :
    - hôpitaux de soins actifs et non actifs;
    - établissements de soins de longue durée;
    - bureaux de santé publique.

    D'autres membres provenant des laboratoires, des services ambulanciers et des services et fournisseurs communautaires peuvent être recrutés au fur et à mesure que la capacité et l'infrastructure du

réseau se développent.

Mise en œuvre

Nouvelle

39. Le ministère doit s'engager immédiatement à dégager les subventions nécessaires aux initiatives du réseau régional qui sont déjà en cours en Ontario. D'autres subventions ciblées devraient être mises de côté immédiatement pour le développement de réseaux supplémentaires dans la province, dans le cadre d'un plan pluriannuel de mise en œuvre de réseaux à l'échelle de la province. Ce financement doit faire partie d'une enveloppe budgétaire ciblée.

    a. En se fondant sur l'expériences des premières initiatives de réseaux, le ministère et les réseaux en cours de développement doivent consacrer des ressources et mettre à profit les apprentissages pour améliorer les réseaux dans la province.

    b. Pour déclencher le développement des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections en Ontario, le ministère doit, dans une étape préliminaire, organiser immédiatement des séances de planification supplémentaires rassemblant les intervenants appropriés provenant, entres autres, des secteurs de soins actifs et de la santé publique.

Nouvelle

40. Les intervenants régionaux participant à l'élaboration et la mise en œuvre des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent, grâce à la mise en place progressive du mandat de chaque réseau, entreprendre les activités suivantes :

    a. Création d'un comité directeur pour chaque réseau. Il faut pouvoir y compter, au moins, des représentants des professions et des milieux suivants :
        - organisme principal en soins actifs;
        - bureaux de santé publique;
        - praticiens de la lutte contre les infections;
        - médecins experts;
        - microbiologie;
        - santé et sécurité au travail;
        - coordonnateur régional;
        - directeur médical.

    b. Sélection d'un organisme principal adéquat en matière de soins actifs. Les bureaux de santé publique doivent garder leur position de chef de file sur les sujets qui s'inscrivent clairement dans leur mandat prévu par la loi, comme la création de plans d'intervention en cas d'éclosion et la surveillance, l'examen et l'intervention face aux maladies transmissibles et à déclaration obligatoire.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

c. Élaboration d'une vision et d'un plan de fonctionnement locaux par le comité directeur.

d. Définition des limites du réseau projeté, lequel prend en compte les facteurs suivants pour définir les limites des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections :

- l'emplacement et la capacité de l'expertise en matière de lutte contre les infections;
- les modèles rationnels de déplacement des patients, notamment les modes d'aiguillage;
- les groupes de service existants;
- les données démographiques correspondant à la couverture du réseau, notamment la population et le nombre de lits;
- les limites géographiques de base.

e. Soumission du plan de fonctionnement au ministère pour obtenir le financement.

Nouvelle

41. Un mécanisme doit être mis en place pour s'assurer que tous les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections peuvent communiquer entre eux.

Conception des établissements

Rec. n° 13 du rapport préliminaire

42. Afin d'assurer la disponibilité et la répartition des chambres à pression négative entre les hôpitaux, le ministère doit immédiatement entreprendre une évaluation factuelle indépendante des besoins. Cette évaluation devra être présentée au ministre d'ici le 1er mars 2004. Sur la base de cette évaluation, le ministère doit s'assurer qu'un nombre suffisant de chambres à pression négative est disponible à l'échelle régionale.

Nouvelle

43. L'évaluation factuelle des besoins doit être entreprise à l'aide des normes et lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles. Le ministère doit élaborer et maintenir un inventaire du nombre et de l'emplacement de toutes les salles à pression négative et d'isolement en Ontario afin d'appuyer davantage l'évaluation des besoins.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

44. Une fois que des normes claires seront établies en matière de lutte contre les infections relativement à la conception des établissements et qu'une évaluation des moyens existants sera terminée, nous recommandons au ministère de réserver une subvention pour les coûts uniques, passant de 10 millions de dollars la deuxième année à 40 millions de dollars la quatrième année, pour faire face aux besoins de réaménagement prioritaires. Les critères de priorité doivent être établis sur la base des recommandations du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles et des sous-comités concernés.

Nouvelle

45. Le ministère, par l'entremise du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, du Secrétariat des services consultatifs médicaux et de toute expertise externe pertinente, doit créer immédiatement un processus pour évaluer l'utilisation et l'efficacité des nouvelles technologies applicables aux précautions en matière d'isolement, telles que les unités portatives de filtration de l'air et les unités d'isolement individuel.

Rec. n° 14 du rapport préliminaire

46. Le ministère doit mettre en branle un processus de collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour déceler les obstacles physiques à la prévention efficace des infections dans les hôpitaux et élaborer un plan pluriannuel en vue de les éliminer. Il convient d'examiner en priorité les salles d'urgence, puis les unités de soins intensifs et les pavillons.

Formation et orientation

Rec. n° 15 du rapport préliminaire

47. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, doit assurer un financement suffisant afin d'augmenter le nombre de cours de lutte contre les infections existants et de les rendre plus accessibles aux professionnels de la santé. Ce financement doit prévoir :
    a. la mise en ligne du cours existant;
    b. la mise sur pied d'initiatives d'éducation à distance;
    c. le remboursement adéquat des coûts reliés à la participation à un tel cours.

    Ce financement doit être disponible à compter du 1er avril 2004.

Rec. n° 16 du rapport préliminaire

48. Le ministère doit immédiatement élaborer des stratégies afin qu'il y ait au moins un praticien de la lutte contre les infections pour 250 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Il doit également voir au déploiement des efforts afin qu'il y ait, d'ici trois ans, un praticien de la lutte contre les infections pour 120 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Ces stratégies doivent comprendre des mécanismes de recrutement et de rétention des praticiens de la lutte contre les

infections.

Rec. n° 17 du rapport préliminaire

49. Le ministère doit appuyer la mise sur pied d'initiatives de « formation des formateurs » en offrant un financement adéquat permettant aux praticiens actuels de la lutte contre les infections, qui sont qualifiés et expérimentés, d'agir à titre d'éducateurs auprès d'autres professionnels de la santé pour leur enseigner les principes de lutte contre les infections. Ce financement doit être disponible d'ici le 1er avril 2004.

Rec. n° 18 du rapport préliminaire

50. Le ministère doit obtenir l'engagement des organismes de réglementation et des associations professionnelles et il doit les soutenir dans leur examen et leur mise à jour des normes d'éducation sur la lutte contre les infections et dans leurs efforts de maintien des compétences de base chez tous les travailleurs de la santé. Le ministère doit également créer des programmes d'éducation normalisés qui reflètent ces principes. L'élaboration de telles normes doit être terminée d'ici le 30 juin 2004.

Rec. n° 19 du rapport préliminaire

51. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, le Council of Faculties of Medicine, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et d'autres organismes concernés doivent collaborer pour définir les éléments de base de la lutte contre les infections à l'intention de tous les programmes d'éducation en santé. En outre, ils doivent commencer à prendre les mesures nécessaires à l'intégration de ces éléments dans ces programmes. Le ministère doit créer un organisme fonctionnel pour atteindre ces objectifs d'ici le 1er février 2004. Les plans des programmes doivent être mis en œuvre d'ici le 30 juin 2004.

Financement des programmes de lutte contre les infections

Rec. n° 20 du rapport préliminaire

52. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Ontario Long Term Care Association et l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, doit mettre au point des mécanismes permettant d'offrir un financement ciblé pour les programmes de lutte contre les infections au sein des établissements et des organismes, tel que l'élaboration d'un programme prioritaire de lutte contre les infections dans les hôpitaux. Le financement devrait permettre d'embaucher le personnel nécessaire; comme des praticiens de la lutte contre les infections et des spécialistes des maladies infectieuses. Un rapport d'état sur l'élaboration de ces mécanismes devra être remis au ministre d'ici le 30 juin 2004.

Mesures et interventions d'urgence

Rec. n° 21 du rapport préliminaire

53. Le ministère doit créer immédiatement un bureau des interventions d'urgence (BIU), le doter du personnel et de l'autorité appropriés et le relier officiellement au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Ce bureau doit être créé d'ici le 1er avril 2004 et doit :

    a. rendre compte au sous-ministre, par l'entremise d'un comité des interventions d'urgence. Le comité supervise la création du bureau et l'établissement de son mandat et soumet des conseils et des orientations stratégiques au BIU;

    b. faire preuve de leadership concernant les activités du ministère relatives aux mesures et aux interventions d'urgence;

    c. assurer la mise en œuvre des recommandations ci-dessous en respectant les échéanciers. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, le ministère est responsable de la mise en œuvre de ces recommandations.

Rec. n° 22 du rapport préliminaire

54. Lorsqu'il sera créé, le BIU devra servir d'agent de liaison du ministère auprès de Santé Canada, du GSUO, et des autres organisations concernées en rapport avec les interventions d'urgence en santé publique. Plus précisément, le BIU doit commencer à travailler étroitement avec Santé Canada dans trois domaines :

    a. assurer la pertinence et la préparation de toute réserve de secours ainsi que les liens et protocoles nécessaires aux fins de coordination;

    b. élaborer le programme d'équipes d'intervention sanitaire d'urgence;

    c. harmoniser les capacités fédérales et provinciales de mesures et d'interventions d'urgence pour les urgences de santé publique.

Rec. n° 23 du rapport préliminaire

55. Le ministère doit promptement examiner et évaluer certains domaines des mesures d'urgence, puis créer des plans d'action et présenter des recommandations par l'entremise de comités consultatifs ayant une expérience clinique et opérationnelle. Les principaux domaines à réexaminer et à évaluer sont les suivants :

    a. l'élaboration de protocoles d'urgence pour le transfert des patients, notamment une évaluation objective du système d'autorisation de

transfert des patients;

b. un examen de l'exactitude et de l'utilité du programme CritiCall. Cet examen devrait comprendre une analyse du rôle que pourraient jouer le Programme CritiCall et le Central Bed and Resource Registry dans la gestion d'éclosions futures ainsi que les vérifications ou mécanismes nécessaires pour assurer l'exactitude des données;

c. l'élaboration de protocoles d'urgence officiels pour le transfert rapide des patients d'autres niveaux de soins des hôpitaux, vers d'autres établissements, plus précisément, de soins de longue durée. Ils doivent comprendre un examen et une analyse de l'utilisation de la désignation de crise de catégorie 1A en vertu des dispositions réglementaires gouvernant le système de coordination des placements aux termes de la législation sur les soins de longue durée;

d. la capacité de la province, des régions et des établissements à obtenir et à distribuer le matériel et l'équipement au cours d'éclosions de maladies infectieuses et d'autres urgences de santé publique.

Le ministère doit rendre compte des résultats de l'examen et présenter au ministre les plans d'action qui s'imposent au plus tard le 1er mars 2004.

Rec. n° 24 du rapport préliminaire

56. Lorsque le BIU sera créé, il devra avoir son propre site Web pour sensibiliser le public et promouvoir la transparence sur le plan des activités d'intervention du ministère. Le BIU doit utiliser ce site Web pour afficher des documents de référence, des plans d'intervention, et des documents promotionnels concernant les interventions d'urgence du ministère et du secteur de la santé. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, le ministère doit afficher immédiatement sur son site Web tous les plans d'urgence.

Rec. n° 25 du rapport préliminaire

57. Le ministère doit, en collaboration avec le BIU qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, mettre immédiatement à jour un plan général ou des procédures normales de fonctionnement pour les interventions d'urgence provinciales, en cas d'éclosion de maladie infectieuse et d'urgences de santé publique, notamment le bioterrorisme. Ce plan doit être terminé d'ici juin 2004 et doit être aussitôt mis en ligne sur le site Web du BIU, ou sur celui du ministère. À titre de mesure intermédiaire, le ministère doit afficher sur son site Web, au plus tard le 1er février 2004, un résumé des principaux rôles et responsabilités des organisations gouvernementales et non gouvernementales sur le plan des *mesures et interventions d'urgence en matière de santé publique*.

Rec. n° 26 du rapport préliminaire

58. Le ministère doit, en collaboration avec le BIU, qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, diffuser largement des plans d'interventions d'urgence pour la grippe pandémique et la variole et ce, d'ici le 15 mars 2004. Ces plans doivent être affichés sur le site Web du ministère.

Rec. n° 27 du rapport préliminaire

59. a. Le ministère doit, en collaboration avec les associations, les ordres professionnels ainsi que le BIU, qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, continuer à élaborer des registres provinciaux permettant de déployer rapidement le personnel de soins de santé. Un plan d'action traitant de la création de ces registres devra être présenté au ministre d'ici le 1er février 2004. Les registres doivent faire l'objet d'examens et d'évaluations dans les 12 mois suivant leur mise en place.

b. Le ministère doit commencer à élaborer des ententes d'aide mutuelle avec d'autres provinces et territoires. Ces ententes prévoient le déploiement approprié des ressources humaines, la reconnaissance interinstitutionnelle de l'agrément des professionnels, des ententes de rémunération et la fourniture de matériel et d'équipements. Le ministère doit produire un rapport d'état à ce sujet au plus tard le 1er avril 2004.

Rec. n° 28 du rapport préliminaire

60. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), l'Association canadienne des soins de santé (ACS) et les autres organisations concernées, doit envisager immédiatement l'élaboration d'un code précis de lutte contre les éclosions de maladies infectieuses. Idéalement, ce code serait adopté à l'échelle nationale et se refléterait dans une planification appropriée des interventions aux échelons provincial et fédéral.

Rec. n° 29 du rapport préliminaire

61. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Procureur général et les autres ministères concernés, doit procéder à un examen approfondi des lois existantes sur les pouvoirs d'urgence en vue de créer un système d'intervention progressive en cas d'urgence sanitaire. Un rapport d'état sur cet examen doit être présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels d'ici le 1er mars 2004.

Dans une deuxième phase, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le gouvernement fédéral doivent collaborer pour assurer l'harmonisation, d'ici octobre 2004, des lois sur les pouvoirs en cas de situation d'urgence.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

62. À la fin de l'examen législatif, le ministère doit élaborer et mettre en œuvre des schémas d'alerte améliorés pour les urgences de santé publique en utilisant des méthodes adéquates.

Incidence sur le système de santé

Nouvelle

63. Le ministère doit être encouragé à formaliser les évaluations post-événement à l'aide de données complètes sur le système et les services de santé pour affiner de façon continuelle :

    a. les approches provinciale et locale en matière d'éclosions et d'urgences de santé;

    b. les approches de rétablissement du système basé sur les faits scientifiques et cliniques portant sur les résultats des traitements prodigués aux patients et sur l'accès aux services de santé, p. ex., le rétablissement des institutions de soins de santé pour qu'elles fonctionnent comme avant l'événement.

Soins intensifs

Nouvelle

64. Le ministère doit élaborer une approche factuelle améliorée pour mesurer et surveiller la capacité d'appoint de même que pour assurer un accès aux ressources de soins intensifs de l'Ontario tant en période de demande soudaine et inattendue qu'en période de demande normale.

Politique de visite

Nouvelle

65. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, la *Ontario Long Term Care Association*, la *Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors* et d'autres associations, doit établir des lignes directrices pour l'élaboration de politiques concernant la restriction des visites pendant une interruption significative du service ou une urgence de santé publique. L'exemple de politique de visite inclus dans ce rapport peut être utilisé pour éclairer ce processus. Les politiques élaborées doivent prendre en compte l'importance du soutien social et doivent permettre de distinguer les visites de l'accès aux membres importants de la famille, car ces derniers jouent un rôle dans la prestation des soins aux patients. Des mécanismes permettant de composer avec les situations personnelles particulières doivent être prévus.

Nouvelle

66. Le ministère, en collaboration avec les associations concernées, doit promouvoir la diffusion de renseignements clairs et cohérents concernant les restrictions du droit de visite en vigueur et s'assurer que les raisons de ces restrictions sont rendues publiques par des moyens appropriés.

Quarantaine

Nouvelle

67. Les représentants de la santé publique doivent s'assurer que, durant toute période de quarantaine, quelle qu'en soit l'étendue, il existe une communication bidirectionnelle formelle et régulière entre les bureaux de santé publique et les particuliers et familles mis en quarantaine.

Nouvelle

68. Le gouvernement de l'Ontario, dans le cadre d'une collaboration avec le gouvernement fédéral sur le soutien financier en cas d'urgence de santé publique, doit élaborer des politiques portant sur l'indemnisation adéquate des particuliers mis en quarantaine.

Communications

Rec. n° 30 du rapport préliminaire

69. D'ici le 15 février 2004, le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure de communication est en place dans le secteur de la santé pour permettre de communiquer avec tous les intervenants clés lors des situations d'urgence. Cette infrastructure doit permettre l'utilisation du courriel, de la télécopie, d'Internet et d'autres technologies de pointe. Elle doit être bidirectionnelle, multifonctionnelle et permettre au ministère de communiquer avec les praticiens de la santé, les organisations et institutions de santé, le personnel de soutien, les institutions de formation, les services médicaux d'urgence, les associations professionnelles, les organismes de réglementation professionnelle et les syndicats. Cette infrastructure doit être testée et évaluée d'ici le 31 mars 2004.

   a. Cette infrastructure doit faciliter le développement d'un réseau d'alerte de santé publique formel, destiné à communiquer les données concernant les éclosions de maladies infectieuses et les dangers pour la santé publique à tous les fournisseurs de soins de santé.

   b. La compétence en informatique, à titre d'élément essentiel à la mise en place de cette infrastructure, doit devenir, d'ici deux ans, une exigence de pratique fondamentale pour tous les praticiens de la santé nouvellement diplômés. Des méthodes pour assurer la même compétence parmi les praticiens qui exercent déjà doivent être examinées, en collaboration avec les ordres professionnels, au cours des trois prochaines années.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

70. Un réseau d'alerte sanitaire doit être créé dans le cadre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario pour diffuser différents types de messages sur la santé (alerte, conseil, actualités) aux intervenants clés, sur la base de protocoles faisant l'objet d'un accord préalable. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario met en œuvre ce réseau d'alerte sanitaire à la demande du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit d'un moyen pour soutenir l'intervention en cas de situation de crise et d'urgence ainsi que la capacité d'intervention aux échelons local et provincial.

Rec. n° 31 du rapport préliminaire

71. D'ici le 15 janvier 2004, le ministère doit examiner et mettre à jour ses protocoles provinciaux de communication en cas de crise, pour être en mesure de diffuser les renseignements lors d'une crise sanitaire. Ces protocoles doivent permettre de :

    a. nommer rapidement un ou plusieurs porte-parole crédibles et cohérents à l'échelon provincial, de façon à livrer un message uniforme et clair;

    b. mettre en place des mécanismes de communication bidirectionnelle, permettant aux personnes de poser leurs questions et d'obtenir des clarifications;

    c. fournir au personnel la formation en communication appropriée;

    d. diffuser rapidement les approches de communication en différentes langues et formats.

Rec. n° 32 du rapport préliminaire

72. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer une stratégie provinciale de communication des risques de santé publique dans le cadre du plan de prévention général des crises sanitaires. Cette stratégie doit être basée sur les meilleures pratiques internationales en matière de communication des risques et doit être partagée avec les gouvernements local et fédéral, ainsi qu'avec les organismes de santé, afin de faciliter la coordination des efforts et la compréhension des rôles respectifs. La base de cette stratégie de communication doit :

    a. reposer sur des moyens de communication dont l'efficacité a été démontrée et améliorer ceux-ci; par exemple, l'utilisation des systèmes axés sur l'Internet pendant la crise du SRAS;
    b. inclure des approches et des outils ciblés pour différents auditoires, comme les praticiens et les patients;
    c. s'appuyer sur des liens étroits avec les bureaux de santé publique;
    d. encourager et développer les réseaux de communication des risques en matière de santé publique;
    e. identifier clairement les porte-parole provinciaux en cas de situations d'urgence, favorisant ainsi la confiance et la crédibilité;

f. s'assurer que les méthodes de communication utilisées pendant les crises sanitaires sont de nature pratique. Lorsqu'elles sont destinées aux travailleurs de la santé, les communications doivent inclure l'information sur les techniques appropriées et les meilleures pratiques devant être appliquées;
g. inclure des moyens efficaces pour faire comprendre au public la nécessité des mesures de dépistage, des changements aux règles de visite et des restrictions temporaires des services de santé. Ceci doit comprendre la production de matériel de communication et d'avis standardisés à distribuer aux patients;
h. prévoir des séances d'information entre le ministère et les fournisseurs de soins de santé, sous la forme de diffusions sur le Web ou d'autres mécanismes de communication en temps réel, juste avant toute communication publique sur un problème urgent de santé publique;
i. clarifier, mettre à jour et rationaliser les règlements et procédures concernant l'utilisation des médias en situation de crise. Cela doit inclure l'utilisation permanente de services efficaces d'achat de temps d'antenne sur les médias afin de communiquer les messages d'intérêt public;
j. optimiser l'utilisation des services téléphoniques d'information destinés au public dans le cadre du plan de prévention global;
k. inclure des mécanismes d'évaluation du rendement.

Nouvelle

73. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit apporter soutien et conseils en matière de communication des risques au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, aux bureaux de santé publique et à d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé locaux, notamment les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Pour cela, l'agence doit :

- appuyer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en lui apportant des conseils techniques et scientifiques portant sur des sujets et des enjeux précis ainsi qu'en matière de communication des risques en général;

- créer et entretenir un réseau de communication des risques ayant pour objectif d'améliorer la capacité, tant au niveau sanitaire qu'à celui de la communication, des praticiens pour qu'ils puissent entreprendre et évaluer les activités de communication des risques.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Rec. n° 33 du rapport préliminaire

74. Le ministère doit demeurer en contact avec Santé Canada pour assurer la cohérence et désigner clairement les points de contact dans le cadre des plans de communication des risques. Les protocoles d'entente officiels doivent être examinés et mis à jour d'ici le 1er mars 2004, pour s'assurer qu'ils définissent clairement les rôles et les responsabilités. Le ministère doit s'engager à examiner et à mettre à jour régulièrement ces accords. Ces révisions doivent s'appuyer sur une expertise appropriée en matière de santé publique et doivent inclure des représentants du BIU.

Rec. n° 34 du rapport préliminaire

75. Le ministère doit s'assurer immédiatement que toute communication écrite destinée aux fournisseurs de soins de santé en situation de crise est :
    a. claire, concise et applicable;
    b. basée sur des faits scientifiques;
    c. soutenue par des mécanismes de communication bidirectionnelle.

Rec. n° 35 du rapport préliminaire

76. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer un plan de sensibilisation du public amélioré, pour l'informer des dangers possibles ou réels pour la santé publique et des mesures de prévention des infections. Les organisations de santé et les associations professionnelles doivent participer à l'élaboration et à la mise en place de ce plan pour assurer la coordination des efforts et pour définir quels sont les outils les plus efficaces que les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour communiquer avec le public.

Nouvelle

77. Le ministère doit s'assurer que chaque bureau de santé publique maintient une capacité de communication de base qui comprend :

    a. la communication des risques de santé publique;

    b. la communication des risques en situation d'urgence sanitaire, dans le cadre de la planification globale des mesures d'urgence;

    c. la production et la diffusion des documents sur la santé publique;

    d. la traduction, en fonction des besoins locaux et coordonnée avec l'agence;

    e. la participation des communicateurs de santé à des occasions de travail en réseau local et provincial, comme un réseau de communication des risques;

    f. les relations avec les médias.

Nouvelle

78. Les bureaux de santé publique doivent également être soutenus adéquatement de façon à élaborer des processus et des mécanismes à l'échelon local pour mettre en réseau l'information et partager celle-ci avec les autres agents de communication de la santé.

Surveillance

Rec. n° 36 du rapport préliminaire

79. Le ministère doit s'appuyer sur le travail déjà entrepris jusqu'à présent et élaborer un plan provincial complet de surveillance des maladies infectieuses avant le 30 juin 2004. Ce travail doit :

   a. être mené par un groupe multidisciplinaire, qui rassemble des scientifiques, le gouvernement, les partenaires du secteur informatique et de la santé et faire rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée;

   b. porter sur l'harmonisation et la clarification des rôles de tous les comités consultatifs provinciaux postérieurs à la crise du SRAS, avec les groupes de travail qui examinent le problème de la surveillance de la santé;

   c. examiner les occasions ou les obstacles existants en ce qui concerne l'utilisation des outils comme Télésanté et Télémédecine;

   d. inclure une surveillance des infections nosocomiales à l'échelle de la province.

Rec. n° 37 du rapport préliminaire

80. Le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure informatique appropriée soit en place d'ici le 30 juin 2004, afin de contribuer au plan provincial de surveillance des maladies infectieuses.

Nouvelle

81. Un processus continu doit être créé pour communiquer les renseignements aux intervenants, notamment ceux qui ont trait à la surveillance et à l'épidémiologie, à la recherche, aux meilleures pratiques, etc. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit élaborer et soutenir un Système ontarien d'information sur la santé publique pour permettre ce partage des renseignements. Ce système a pour objectif de fournir un portail spécifique d'accès aux renseignements épidémiologiques et de surveillance, comportant des analyses et de l'information relative aux tendances (notamment des rapports spécifiques) pour aider praticiens et décideurs.

Rec. n° 38 du rapport préliminaire

82. Le ministère doit avoir totalement mis en œuvre le système intégré d'information sur la santé publique, et y avoir apporté toutes les modifications de conception nécessaires, dans tous les bureaux de santé publique de la province, d'ici le 30 juin 2004.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Rec. n° 39 du rapport préliminaire

83. Le ministère doit rapidement élaborer les moyens informatiques complets permettant aux bureaux de santé publique d'effectuer le suivi des contacts et la gestion de la quarantaine d'ici le 30 juin 2004. Si cela ne peut pas être réalisé au moyen de modifications du système intégré d'information sur la santé, d'autres plates-formes informatiques adaptées doivent être utilisées.

Rec. n° 40 du rapport préliminaire

84. Le ministère doit créer un groupe de travail avec des représentants des intervenants de la santé, des chercheurs et du ministère pour examiner, de toute urgence, l'ensemble des protocoles d'accès et de partage des données entre les bureaux de santé publique, le ministère, les municipalités et le gouvernement fédéral. Cet examen doit préciser de quelle façon et à qui les données d'identification personnelle peuvent être communiquées en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Le groupe de travail doit présenter un rapport au ministère d'ici le 31 mars 2004. Ce rapport doit décrire la structure de partage des données communes, les rapports de subordination et les autres impératifs communs des protocoles d'accès et de partage des données.

Rec. n° 41 du rapport préliminaire

85. Le ministère doit entreprendre un examen juridique détaillé de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* par rapport aux éléments suivants :

    a. les impératifs de divulgation réglementés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;

    b. l'identification des obstacles potentiels au partage approprié de l'information en temps utile;

    c. l'assurance que les renseignements personnels sont protégés.

    Cet examen doit être terminé d'ici le 31 mars 2004.

Ressources humaines en matière de santé

Recrutement

Rec. n° 42 du rapport préliminaire

86. Le ministère, avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et les organismes professionnels, doit continuer à soutenir les nouvelles initiatives et à augmenter le nombre de professionnels de la santé recrutés, y compris les médecins, les infirmières et les inhalothérapeutes. En plus du travail déjà entrepris, une attention particulière doit être accordée à l'amélioration des occasions de formation en épidémiologie, en microbiologie médicale, en santé et sécurité au travail, en médecine communautaire, en soins actifs, en soins d'urgence et en santé publique. Des plans d'augmentation des capacités de formation dans ces domaines clés doivent être en place pour l'année universitaire 2005-2006 et annoncés publiquement.

Stratégies de recrutement

Rec. n° 43 du rapport préliminaire

87. Le ministère doit immédiatement subventionner, au minimum, deux postes en microbiologie médicale supplémentaires pour le Laboratoire central de santé publique de l'Ontario.

Rec. n° 44 du rapport préliminaire

88. Le ministère doit, en collaboration avec les associations et les ordres professionnels, commencer à élaborer de nouveaux modèles pour utiliser efficacement les ressources humaines de santé lors d'une crise sanitaire. Dans le cadre de ce processus, il faut prendre en compte les modèles de recrutement novateurs et l'utilisation du champ de pratique complet des professionnels.

Rec. n° 45 du rapport préliminaire

89. Le ministère doit continuer à établir des stratégies de recrutement durables pour les infirmières et les autres travailleurs de la santé afin d'améliorer la disponibilité des emplois à plein temps. Des rapports intermédiaires devraient être produits chaque année avec, pour objectif final, un taux d'emplois à plein temps supérieur à 70 % dans tous les secteurs de la santé avant le 1er avril 2005.

Nouvelle

90. Dans le cadre des stratégies de recrutement et afin de réduire les effets de la précarisation du personnel dans le domaine de la santé, il faut considérer des approches comme la création d'équipes-ressources centralisées et intégrées composées d'employés à plein temps, lesquelles fourniraient des occasions de formation interdisciplinaire et permettraient d'augmenter le nombre d'affectations du personnel de base et de créer des bases de données du personnel.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Santé et sécurité au travail

Rec. n° 46 du rapport préliminaire

91. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Travail, doit entreprendre un examen des règles, procédures et ressources actuelles de santé et sécurité au travail dans le secteur de la santé. Cette évaluation doit être terminée d'ici le 30 juin 2004.

    Sur la base des résultats de cette étude, le ministère, le ministère du Travail, les fournisseurs de soins de santé et les organisations professionnelles concernées doivent envisager la création de meilleures pratiques pour le domaine de la santé et de la sécurité au travail, avec comme objectif de définir le rôle des services de santé et sécurité au travail pendant une éclosion de maladie infectieuse et le lien le plus approprié entre ces services et les programmes de lutte contre les infections.

Rec. n° 47 du rapport préliminaire

92. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Travail et les associations professionnelles, doit soutenir le développement permanent de meilleures pratiques pour l'utilisation de l'équipement de protection individuel d'ici le 31 décembre 2004. Le ministère doit également, en collaboration avec les organismes de santé, s'assurer que des moyens adéquats sont en place pour sensibiliser les groupes appropriés de travailleurs de la santé à l'utilisation correcte de l'équipement de protection individuel et aux faits qui justifient cette utilisation. De plus, l'Ontario doit soutenir les initiatives de recherche publiques et privées sur l'efficacité et les effets indésirables de l'équipement de protection individuel.

Nouvelle

93. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario, en collaboration avec les associations professionnelles, doivent élaborer et communiquer des lignes directrices claires concernant le devoir de prodiguer des soins qui incombe aux employeurs et au personnel de santé en situation d'urgence de santé publique. L'exemple de politique sur le devoir de prodiguer des soins inclus dans ce rapport peut aider à clarifier ce processus.

Nouvelle

94. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario doivent soutenir et encourager les employeurs du domaine de la santé à mettre en place les mécanismes de soutien nécessaires aux employés dans le cadre du plan d'intervention en cas d'urgence de santé. Ceux-ci doivent inclure la formation appropriée en matière de risque, une communication claire des plans de mesures d'urgence et des services de soutien psychologique adéquats.

Soutien psychologique

Rec. n° 48 du rapport préliminaire

95. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les experts, doit élaborer un plan d'intervention pour la mise sur pied et l'utilisation de programmes psychopédagogiques à utiliser lors des formations de préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent remplir les objectifs suivants :

    a. préparer le personnel à faire face aux conséquences des situations d'urgence, notamment l'anxiété et la dépression;

    b. développer une capacité à faire face aux situations difficiles.

    Ces programmes doivent être créés d'ici l'été 2004.

Rec. n° 49 du rapport préliminaire

96. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les employeurs du milieu de la santé, doit s'assurer de la disponibilité de programmes de soutien psychologique pour les travailleurs et travailleuses de la santé dans le cadre d'un plan solide de gestion des situations d'urgence. Ces programmes doivent :

    a. apporter un soutien à tout le personnel de première ligne;

    b. permettre un accès facile aux programmes d'aide aux employés et aux autres ressources, comme la psychiatrie;

    c. faire face aux problèmes d'isolation et de stigmatisation;

    d. intégrer des approches actives pour gérer la fatigue et le stress dus au travail.

    Une planification coordonnée dans ce domaine doit être entreprise avant février 2004.

Indemnisation

Rec. n° 50 du rapport préliminaire

97. Dans le cadre de sa planification des mécanismes d'intervention d'urgence, le ministère doit formaliser la mise en place rapide de programmes, comme le Programme provincial d'assistance au personnel du secteur de la santé, pour offrir aux travailleurs de la santé une indemnisation pour la perte de revenus résultant de l'impossibilité de travailler parce qu'ils sont malades, en quarantaine ou limités à un seul établissement en raison de la situation d'urgence.

Recommandations portant sur le processus

Pour garantir la responsabilisation et faciliter une approche coordonnée relativement à la mise en œuvre du présent rapport, le Comité d'experts recommande ce qui suit :

Rec. n° 51 du rapport préliminaire

98. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit créer un organisme de coordination unique pour superviser la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport en respectant les échéances qui y sont précisées.

Rec. n° 52 du rapport préliminaire

99. Les travaux de cet organisme de coordination doivent être guidés et appuyés par un Groupe consultatif multidisciplinaire de spécialistes, où sont représentés les établissements et organismes de santé, les professionnels de la santé et leurs associations ainsi que la communauté scientifique.

Nouvelle

100. Le ministère de la Santé doit procéder à la mise en œuvre du renouvellement de la santé publique, selon le plan de mise en œuvre pluriannuel présenté dans le chapitre 4 de ce rapport final. Il doit également prévoir des subventions supplémentaires pour soutenir les recommandations proposées.

Nouvelle

101. Le ministère doit procéder à la création d'une équipe de transition relevant du médecin hygiéniste en chef et qui a la responsabilité de finaliser le plan de fonctionnement et de mise en œuvre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. L'équipe de transition doit mettre à profit l'expertise externe pertinente à la conception de l'agence et elle doit élaborer un mécanisme permettant aux organismes de santé de présenter des observations de manière appropriée et formelle.

Rec. n° 53 du rapport préliminaire

102. En reconnaissance des personnes touchées par le SRAS et pour mesurer la responsabilisation à l'égard du public concernant la mise en œuvre des présentes recommandations, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport d'avancement des travaux à l'Assemblée législative au plus tard en décembre 2004.

Nouvelle

103. Le ministère doit préparer un plan pluriannuel pour appliquer les recommandations du Comité d'experts. Les progrès réalisés quant au plan et aux recommandations doivent être déposés devant l'Assemblée législative chaque année.

Résumé du rapport préliminaire

Résumé du rapport préliminaire

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Le rapport préliminaire constitue la première phase de nos travaux. Il porte sur les problèmes structurels et politiques soulevés par le SRAS et il établit les priorités parmi les secteurs nécessitant des actions à court, à moyen et à long terme[1]. Le contenu du rapport préliminaire est fondé sur plus de 265 observations écrites, près de 150 consultations et 12 groupes de consultation tenus auprès de fournisseurs de soins de santé, d'administrateurs et d'autres experts provenant de divers niveaux de la hiérarchie d'établissements et d'organisations de toutes les régions de la province. Ces organisations et particuliers comptaient des infirmières, des médecins, des inhalothérapeutes, des praticiens de la lutte contre les infections, des directeurs d'hôpital, des médecins et des infirmières de santé publique, des employés de laboratoire, des représentants d'établissements de soins de longue durée, d'organismes communautaires et de fournisseurs de services d'urgence. Nous avons également commandé une série de projets de recherche indépendants.

Nous vous encourageons à lire notre rapport préliminaire en entier pour saisir l'ensemble du portrait de la situation que nous y brossons et pour comprendre les motifs de même que l'argumentation soutenant nos recommandations. Cependant, nous offrons également le présent résumé des constatations tirées de notre rapport préliminaire et joignons à la fin du présent document une liste exhaustive des recommandations découlant des deux rapports.

Le rapport préliminaire porte sur six aspects importants : les modèles de santé publique, la lutte contre les infections, les mesures et interventions d'urgence, les communications, la surveillance ainsi que les ressources humaines en matière de santé. Plus précisément, le Comité d'experts a présenté 53 recommandations demandant une action concertée afin de concrétiser une stratégie de santé publique complète et coordonnée et de mettre en place un *système* de protection de la santé.
Les recommandations du rapport préliminaire étaient exhaustives et contenaient des échéanciers serrés, ce qui était nécessaire pour accomplir des progrès réels. Cette façon de faire reflétait également le sentiment d'urgence ressenti par les membres du Comité d'experts.

Modèles de santé publique

Au lendemain de l'éclosion du SRAS, le besoin de procéder à un examen complet des modèles de santé publique en Ontario est apparu de façon très nette. Nous avons noté de nombreux enjeux : pénurie de ressources humaines, infrastructure technologique inadéquate et désuète, capacité ou masse critique insuffisante pour intervenir efficacement en cas d'urgence sanitaire d'envergure.

Le Comité d'experts croit qu'il est urgent de remédier aux problèmes structurels et organisationnels présent dans le système de santé publique de l'Ontario et de promouvoir une ère de renouveau. Le Comité d'experts soutient, à titre d'élément central de ce renouveau, l'établissement d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario, laquelle présenterait un rapport annuel à l'Assemblée législative et serait responsable du Laboratoire central de santé publique de même que d'une nouvelle division de lutte contre les infections. De plus, nous croyons qu'il est nécessaire de modifier les lois de toute urgence afin d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à présenter ses rapports directement à l'Assemblée législative. Nous avons suggéré de poursuivre les recherches afin de déterminer l'équilibre nécessaire, du point de vue de l'autonomie et de l'efficacité, entre le médecin hygiéniste en chef et l'agence.

Bien que nous ayons cru que la création de cette agence serait essentielle pour apporter de profondes modifications au sein du système, nous avons aussi reconnu que celles-ci ne seront efficaces que si elles sont accompagnées de changements et d'investissements à l'échelon local. Le Comité d'experts a noté que les bureaux de santé publique font face à de nombreux défis pressants à ce niveau. Les experts en santé publique demandent depuis longtemps qu'une évaluation complète et, en bout de ligne, une consolidation rationnelle de la structure, de la gouvernance et de la nature diffuse des 37 bureaux de santé publique de la province soient effectuées.

Les constatations du rapport préliminaire, de même que les résultats de nos recherches subséquentes, nous ont amenés à proposer un examen exhaustif fondé sur une évaluation factuelle. Le but visé par une telle démarche est de déterminer quels sont les effectifs, la gouvernance et le profil de compétences nécessaires pour offrir une meilleure prestation des services de santé publique dans les bureaux. Les résultats de cet examen exhaustif devraient ensuite servir à soutenir la consolidation des 37 bureaux de santé publique existants en des unités plus grandes et dotées de meilleures ressources. Par conséquent, dans notre rapport final, nous présentons un plan de mise en œuvre progressif ainsi que des recommandations supplémentaires quant à des approches qui nous

permettraient de réaliser un renforcement, et non un affaiblissement, de notre système actuel.

Au début de ses travaux, le Comité d'experts a été saisi de problèmes entourant le rôle municipal dans le financement de la santé publique en Ontario. Dans ces conditions, nous avons demandé, dans notre rapport préliminaire, de restructurer l'entente municipale-provinciale actuelle sur le partage des coûts, de sorte que la province finance de 75 à 100 % des ressources en santé publique d'ici deux à cinq ans. Le plein financement provincial des 180 postes qui ont été promis aux bureaux de santé publique dans le cadre du plan d'action à court terme contre le SRAS de l'Ontario doit se poursuivre au-delà du 31 mars 2004.

Le Comité d'experts a souligné les enjeux et le manque de collaboration et de confiance parfois manifestes entre certains bureaux de santé publique et établissements de soins actifs et a recommandé le réexamen des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*[2]. Le but de cet examen est de définir de manière plus détaillée, en collaboration avec le secteur des soins actifs, les rôles et les attentes en matière de santé publique dans le domaine des soins actifs. Le Comité d'experts a également proposé que les mécanismes de conformité et d'application des règles soient renforcés et qu'ils disposent de plus de ressources pour appliquer les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*.

Lutte contre les infections

Dans le rapport préliminaire, nous avons noté d'importantes lacunes dans des domaines tels que les normes de lutte contre les infections, les ressources humaines, la conception des installations et la formation à la lutte contre les infections. Le Comité d'experts a également pris note de la nécessité de formaliser davantage la coordination de l'expertise régionale en lutte contre les infections. Nous avons recommandé la création de réseaux régionaux de lutte contre les infections, englobant les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les bureaux de santé publique et d'autres fournisseurs de soins de santé.

En outre, force nous a été de constater qu'il existe une grave pénurie de praticiens et de médecins spécialisés en lutte contre les infections. Cela s'explique en partie par le manque de programmes d'éducation permettant de former adéquatement et d'agréer les praticiens de la lutte contre les infections de même que d'autres spécialistes du domaine. En outre, les étudiants des programmes de santé ne reçoivent pas systématiquement une formation de base en lutte contre les infections. De plus, il y a un net

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

besoin de formation en matière de lutte contre les infections adaptée aux travailleurs de chaque secteur du système de santé. Le Comité d'experts a recommandé une série de mesures en vue d'améliorer les connaissances et les compétences de tous les travailleurs de la santé en matière de lutte contre les infections. Ces mesures pourraient inclure des initiatives de « formation des formateurs » afin :

- d'augmenter l'accessibilité de la formation à la lutte contre les infections pour tous les travailleurs de la santé;
- d'élargir les programmes de perfectionnement des praticiens de la lutte contre les infections dans le cadre de leur admissibilité à l'agrément;
- d'établir des normes en matière d'éducation à la lutte contre les infections;
- d'intégrer la lutte contre les infections, à titre d'incontournable, dans tous les programmes d'éducation liés à la santé dans les collèges et universités.

Le Comité d'experts a également suggéré l'établissement d'un financement ciblé pour les programmes de lutte contre les infections de l'Ontario.

Normes de lutte contre les infections

Le rapport préliminaire a mis en lumière l'absence de normes de lutte contre les infections clairement définies et applicables à l'échelle de l'Ontario et du système de santé de même que la nécessité de telles normes. Le rapport préliminaire affirme également que ces normes peuvent stipuler des exigences telles que :

- chaque établissement de santé doit disposer d'un programme organisé de lutte contre les infections;
- les programmes de lutte contre les infections doivent comprendre des pratiques de désinfection, des protocoles de surveillance et de prise en charge des éclosions, des politiques de lutte contre les infections ainsi que des procédures et des programmes d'éducation;
- chaque établissement doit désigner un nombre minimal de praticiens de la lutte contre les infections qui ont des responsabilités claires en matière de surveillance et de prise en charge des éclosions (nous reconnaissons qu'en raison de la pénurie d'effectifs actuelle, cela prendra du temps et nécessitera du soutien);
- chaque établissement doit disposer d'un plan d'urgence contre les éclosions;
- chaque établissement doit respecter les normes de conception et de construction des établissements de santé;
- chaque région doit être dotée d'un certain nombre de chambres à pression négative;
- chaque établissement doit satisfaire aux normes en matière de compétences de base et d'éducation dans le domaine de la lutte contre les infections.

De plus, nous recommandons que de telles normes soient accompagnées d'un mécanisme visant à en mesurer ou à en assurer la conformité.

Mesures et interventions d'urgence

Afin d'expliciter la nécessité d'augmenter la capacité et les ressources réservées aux interventions d'urgence et à la planification en matière d'urgence sanitaire, et pour souligner la plus grande attention qu'il faut porter aux protocoles interjuridictionnels dans le secteur de la santé, un chapitre entier du rapport préliminaire et neuf recommandations sont consacrés aux approches devant être adoptées dans le but de renforcer notre capacité centrale d'intervention d'urgence et de planification.

À titre de mesure immédiate, nous avons recommandé d'examiner et d'évaluer la capacité d'intervention d'urgence dont dispose présentement l'Ontario dans les domaines suivants : le transfert des patients, l'autorisation rapide de sortie d'hôpital, le programme CritiCall Ontario de même que la capacité d'obtenir et de distribuer le matériel.

Afin de rendre nos interventions plus efficaces dans toutes les situations d'urgence futures, nous avons également recommandé ce qui suit dans notre rapport préliminaire :

- un examen de la *Loi sur la gestion des situations d'urgence*[3];
- la création d'un bureau des mesures et interventions d'urgence au sein du ministère;
- l'harmonisation des organismes fédéraux et provinciaux en ce qui a trait au matériel d'urgence et aux réseaux de distribution;
- des plans d'urgence devant être testés et évalués.

Communications

Durant l'éclosion du SRAS, le public et les fournisseurs de soins de santé avaient besoin d'une information crédible, claire et livrée en temps opportun. Il était cependant difficile de fournir une telle information étant donné que le SRAS était une maladie dont nous savions peu de choses. Cela étant dit, le Comité d'experts a constaté que cette situation difficile a été aggravée par les facteurs suivants :

- il n'existait pas, au début de l'éclosion, de lignes de communication directes avec les fournisseurs de soins de santé;
- il fallait répondre de façon claire et précise à divers groupes de soins de santé, selon leurs besoins respectifs;
- les responsabilités au sein de la province et entre les gouvernements provincial et fédéral se chevauchaient parfois.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Des lacunes techniques considérables ont également été décelées dans l'infrastructure de communication de la province, notamment l'incapacité à joindre de nombreux fournisseurs de soins de santé des milieux communautaires et à permettre une communication bilatérale rapide.

Le Comité d'experts est d'avis qu'une infrastructure technologique évoluée aiderait à assurer des communications bilatérales efficaces en cas d'urgences sanitaires. Par ailleurs, nous avons recommandé que le ministère élabore un plan de sensibilisation afin d'informer la population sur la santé publique et la lutte contre les infections. Le Comité d'experts a également souligné l'importance d'entretenir des relations plus formelles et de renforcer la planification des mesures d'urgence avec Santé Canada pour s'assurer que les messages sont cohérents, que les points de contact sont clairement désignés en cas de crise et que les rôles et responsabilités sont harmonisés.

Surveillance

Lors de la rédaction du rapport préliminaire, le Comité d'experts a appris que les efforts pour contenir le SRAS ont été entravés par l'absence d'un plan complet de surveillance des maladies infectieuses. Cette situation a été compliquée davantage par l'absence d'une infrastructure adéquate en matière de technologie de l'information qui aurait permis d'appuyer un tel plan. Nous avons consacré un chapitre entier du rapport préliminaire aux besoins présents dans le domaine de la surveillance et de la déclaration des maladies. Nous avons demandé qu'une série de mesures soient appliquées afin d'accélérer la mise en œuvre des outils technologiques appropriés (SISP-i) dans les bureaux de santé publique. Ce faisant, il est plus facile d'effectuer le repérage et l'intervention lors de menaces sanitaires, telles que les éclosions de maladies infectieuses. Notre rapport final fournit plus de détails sur la manière dont une nouvelle agence de protection et de promotion de la santé pourrait fournir davantage de leadership, augmenter la capacité de surveiller les maladies et diffuser en temps opportun les données pertinentes aux fournisseurs de santé de l'Ontario.

Ressources humaines en matière de santé

Le Comité d'experts a pris note de la pénurie généralisée de professionnels de la santé, particulièrement ceux qui sont essentiels à la lutte contre les éclosions de maladies infectieuses, comme les infirmières de soins intensifs et des services d'urgence, les médecins spécialisés en maladies infectieuses, les microbiologistes, les épidémiologistes, les médecins et infirmières en santé publique, les praticiens de la lutte contre les infections,

le personnel en santé et sécurité au travail et les inhalothérapeutes. De même, la disponibilité des emplois à temps plein était clairement inadéquate pour bon nombre de travailleurs de la santé et le Comité d'experts est d'avis que les taux existants d'emplois occasionnels, à temps partiel ou dotés par des agences ont miné les efforts visant à assurer la stabilité et la cohésion du lieu de travail. Nous avons appris qu'on accorde insuffisamment d'importance à la santé et sécurité au travail dans les établissements de santé et que son rôle est flou durant les éclosions de maladies infectieuses. L'emploi, l'efficacité et la disponibilité appropriés de l'équipement de protection individuelle sont devenus des questions de premier plan dans la plupart des secteurs de la santé. Enfin, le stress personnel immense vécu durant l'éclosion du SRAS a exigé un examen des mécanismes visant à fournir un soutien psychologique et social confidentiel et largement accessible aux travailleurs et à leur famille.

Le Comité d'experts a appuyé les efforts soutenus visant à augmenter le recrutement dans les principales professions de la santé. De même, nous avons recommandé une augmentation du nombre de postes à plein temps dans le domaine de la santé afin de ramener le taux à 70 %. D'ici à ce que cet objectif soit atteint, nous avons recommandé l'élaboration d'autres méthodes visant à utiliser efficacement les travailleurs de la santé dont nous disposons actuellement en cas d'urgence. À titre de mesure immédiate, nous avons recommandé l'embauche de deux médecins microbiologistes au Laboratoire central de santé publique de l'Ontario.

Le Comité d'experts croyait également qu'il était nécessaire d'examiner les pratiques actuelles en santé et sécurité au travail. En ce sens, il a recommandé la définition et la diffusion à grande échelle des meilleures pratiques, particulièrement celles qui concernent les liens entre la santé au travail et la lutte contre les infections, notamment les meilleures pratiques factuelles sur l'emploi de l'équipement de protection individuelle.
Enfin, dans le cadre de la planification en matière d'urgence sanitaire, nous avons recommandé la mise en œuvre de programmes d'indemnisation destinés aux travailleurs de la santé pour leurs pertes financières et assurer la prestation rapide de soutien psycho-éducatif et psychologique.

Stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique
Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts a souligné l'urgence d'élaborer une stratégie complète de revitalisation des ressources humaines en santé publique. C'était l'un des enjeux les plus frappants et les plus pressants dont nous avions entendu parler. Par conséquent, nous avons fait état, dans le détail, dans nos recommandations des stratégies de revitalisation essentielles, notamment l'augmentation des possibilités de formation et d'éducation, du nombre de places de formation et de

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

résidence chez les étudiants de premier et de deuxième cycle, la promotion de la formation croisée et de la carrière en santé publique en partenariat avec Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et l'examen des stratégies actuelles de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes et de leur personnel.

Formation à la lutte contre les infections
Le rapport préliminaire a noté le manque aigu de programmes formels de formation en lutte contre les infections en Ontario. De plus, ce type de formation n'est pas toujours disponible ou accessible au sein des établissements et des organismes. Le manque de professionnels de la lutte contre les infections expérimentés ajoute à ce problème. C'est pourquoi, dans la première série de recommandations sur les besoins en matière de formation en lutte contre les infections, le Comité d'experts a proposé une gamme de mesure visant à augmenter la disponibilité de la formation grâce à des modèles de « formation des formateurs » et de « formation en poste ».

Rapport préliminaire – Recommandations sur le processus

Le Comité d'experts a reconnu que ses travaux devaient concorder avec ceux du Dr David Naylor et du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique[4]. De plus, nous avons déterminé qu'il est nécessaire de pouvoir compter sur un mécanisme unique et efficace de coordination et de facilitation de la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport. Le Comité d'experts a recommandé qu'un organisme indépendant soit constitué pour superviser le processus de mise en œuvre et qu'il soit assisté dans ses travaux par un groupe consultatif multidisciplinaire composé de spécialistes. Nous avons également demandé avec insistance au ministre de la Santé et des Soins de longue durée qu'il dépose, au plus tard en décembre 2004, un rapport sur l'avancement des travaux de mise en œuvre des recommandations devant l'Assemblée législative.

Bibliographie

1. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, (Ontario), Walker D. *Pour le bien de la Santé publique : Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario* [Toronto, Ontario] : Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2003.

2. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Décembre 1997. Consultation en ligne : www.gov.on.ca/health/french/pubf/ pubhealthf/ manprogf/mhp_dlf.doc. Consulté le 17 janvier 2004.

3. *Loi sur la gestion des situations d'urgence,* L.R.O., 1990, c. E.9.

4. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada. Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* [Ottawa] : Santé Canada; 2003.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Introduction - Rapport final

Introduction - Rapport final

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Le Comité d'experts présente dans ce rapport final une série de mesures que nous considérons fondamentales pour l'ensemble du processus de renouvellement de la santé publique. Ces mesures comptent la création d'une agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le renforcement de l'infrastructure à l'échelon provincial ainsi qu'une série d'actions qui doivent être réalisées progressivement aux échelons local et régional. Ces dernières actions sont nécessaires à l'augmentation de la capacité et de l'état de préparation à l'échelon local afin de renforcer la protection des patients, des fournisseurs de soins de santé et du public sur une base quotidienne et pour réagir face aux urgences sanitaires de grande envergure qui ne peuvent être évitées.

Nous souhaitons réaffirmer notre conviction profonde selon laquelle la nécessité d'apporter des changements est axée sur le renouvellement du système de santé publique, et non seulement sur la création de structures ou de nouveaux organismes. En dernière analyse, la foi qu'ont les Ontariennes et les Ontariens, tout comme les Canadiennes et les Canadiens en général, en leur gouvernement repose sur la prestation adéquate de certains services essentiels. Historiquement, l'un de ces services essentiels a toujours été la protection de la population contre les maladies. Par conséquent, la santé publique de base et la lutte contre les infections doivent être considérés comme des services faisant partie du contrat social qui lie la population à son gouvernement, et non simplement comme une contrainte fiscale supplémentaire imposée à un système de santé déjà éprouvé. Même à une époque de restrictions budgétaires, nous ne devons pas oublier combien il peut être coûteux de négliger l'essentiel.

Fondamentalement, le Comité d'experts envisage la création d'une nouvelle agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario en tant qu'élément d'un effort beaucoup plus vaste de renouvellement, lequel doit être soutenu par des changements plus étendus aux échelons local, régional, provincial et national afin de créer le système de santé publique auquel s'attendent les Ontariennes et Ontariens.

En plus d'être un thème central de notre rapport préliminaire, cette conviction a également figuré dans les travaux du Dr Naylor et du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique[1], dans ceux du sénateur Kirby et du comité sénatorial[2] de même que dans les travaux plus anciens de la Commission d'enquête sur Walkerton[3] (en ce qui a trait à la capacité locale). Tous ces rapports soulignent l'importance de remédier aux

faiblesses des fondements du système de santé publique et des moyens de lutte contre les infections; il ne s'agit pas de se contenter de regrouper les ressources et fonctions existantes au sein d'une nouvelle structure centrale. À notre avis, si les gouvernements provincial ou fédéral ne créent que de nouvelles agences de santé publique et se bornent à redéployer les ressources existantes dans ces organismes, nous aurons créé une partie de la structure, mais nous aurons négligé les fondements. Il sera alors triste de constater que nous n'avons pas tiré les leçons qui s'imposaient du SRAS.

Comme toujours, c'est à l'échelon local que l'on trouve l'essentiel des possibilités de renouvellement complet de la santé publique, puisque c'est là que le déploiement des ressources produit le plus grand effet et que c'est à cet échelon que les collectivités font l'expérience quotidienne des forces et faiblesses de notre système. Bien que cette tâche soit plus prosaïque et moins prestigieuse que la création d'un nouvel organisme, le rajeunissement à l'échelon local est essentiel à l'amélioration des services de base dont bénéficient directement les Ontariennes et Ontariens, leurs collectivités et leurs établissements.

Pour cette raison, le Comité d'experts croit que les discussions concernant le renouvellement de la santé publique en Ontario doivent être fondées sur la nécessité de renforcer les fonctions de base comme la lutte contre les infections, la capacité d'appoint et la santé publique au sein de l'ensemble du système, et non simplement sur le désir de créer un organisme. À l'heure actuelle, l'Ontario doit concentrer ses efforts, de manière soutenue, constante et continue, sur le renforcement des fonctions essentielles en matière de santé publique et de lutte contre les infections. Cette constatation sera vraie tant sur le terrain qu'à l'échelon de l'agence envisagée.

Le Comité d'experts croit qu'il est important de mettre en contexte les changements proposés. Il est nécessaire de commencer par saisir l'étendue des activités nécessaires pour assurer l'efficacité d'un système de santé publique avant de pouvoir comprendre les changements exigés et la place que prendrait une agence dans le tableau d'ensemble.

Un système de santé publique sous-entend une vision claire de la protection et de la promotion de la santé, de pair avec des buts et des objectifs explicites ainsi que des stratégies et des infrastructures appropriées (ressources humaines et financières, structures organisationnelles). Des travaux considérables ont été entrepris partout au monde pour tenter de déterminer ce que les paramètres devraient être et, partant, les fonctions d'un système de santé publique. Aux États-Unis, le concept des *Essential Public Health Services* (EPHS) a été élaboré au milieu

des années 1990 par un groupe de travail constitué des principaux organismes de santé publique[4]. En 1995, après avoir été testés dans le cadre de projets pilotes dans plusieurs états, les EPHS ont été officiellement adoptés. En prolongeant ces travaux, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), le Bureau régional des Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé, a adapté les EPHS et élaboré les fonctions essentielles de santé publique (FESP)[5]. Le tableau 1 présente le résumé de ces services et fonctions.

Tableau 1 : aperçu des *Essential Public Health Services* et des Fonctions essentielles de santé publique

Essential Public Health Services (É.-U.)	Fonctions essentielles de santé publique (OPS)
• Surveiller l'état de santé pour en déceler les troubles dans la collectivité.	• Surveiller, évaluer et analyser l'état de santé.
• Diagnostiquer les troubles de santé et les dangers sanitaires dans la collectivité, puis faire enquête.	• Surveiller la santé publique, rechercher et contrôler les risques et les menaces contre la santé publique.
• Informer, éduquer et renforcer l'autonomie en matière de santé.	• Promouvoir la santé.
• Mobiliser des partenariats communautaires afin de repérer et de résoudre les problèmes de santé.	• Participer de manière sociale à la santé.
• Élaborer des politiques et des plans qui appuient les efforts des personnes et des collectivités en matière de santé.	• Élaborer des politiques et une capacité institutionnelle en matière de planification et de gestion de la santé publique.
• Appliquer des lois et des règlements qui protègent la santé et assurent la sécurité.	• Renforcer la capacité des institutions de réglementer et de faire appliquer les règles en matière de santé publique.
• Établir des liens entre les personnes et les services de santé individuels dont elles ont besoin et assurer la prestation de soins de santé lorsqu'ils ne sont pas disponibles autrement.	• Évaluer et promouvoir l'accès équitable aux services de santé qui sont nécessaires.
• Assurer une main d'œuvre compétente en santé publique et privée.	• Développer et former des ressources humaines en santé publique.

Bien qu'elles soient très semblables, on note que les FESP, telles que définies par l'OPS, délimitent plus clairement la fonction d'urgence de la santé publique. Les détails complets concernant ces fonctions et services figurent à l'annexe 2.

Les FESP et les EPHS englobent une vision des composantes clés d'un système de santé publique efficace, reconnaissant ainsi la nécessité que différentes parties (gouvernement, organisations non gouvernementales,

universités, organisme de recherche, etc.) agissent et interviennent de multiples façons à divers échelons (local, provincial, fédéral). Certains travaux ont été effectués au Canada pour tenter de définir les services de santé publique essentiels. Une récente déclaration de principe de l'*Association of Local Public Health Agencies* (alPHa) a mis en lumière le besoin, de la part des bureaux de santé publique de l'Ontario, d'entreprendre des activités de santé publique de base conformes aux EPHS[6].

Du point de vue du processus, les FESP et les EPHS peuvent également servir de référence pour mesurer les progrès réalisés sur la voie de l'établissement d'un système de santé publique soutenant des objectifs de santé précis. C'est pourquoi les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis sont allés encore plus loin avec ces fonctions qu'ils utilisent comme base pour l'évaluation du rendement et l'établissement de normes en santé publique (voir l'encadré).

Tant dans le rapport préliminaire que le rapport final, le Comité d'experts présente des recommandations précises dans de nombreux domaines relevant des FESP et des EPHS afin d'appuyer le renouvellement de la santé publique. Ces recommandations sont axées sur la création de structures et de réseaux visant à soutenir l'action en santé publique, l'augmentation de l'autonomie conférée au médecin-hygiéniste en chef afin qu'il puisse faire des déclarations publiques, l'évaluation de la capacité et du profil des effectifs des bureaux de santé publique locaux dans le but de favoriser la diversité et l'optimisation des ressources ainsi que la promotion de la collaboration entre la santé publique et les autres secteurs.

Dans le cadre de son *Public Health Performance and Standards Program*[7], le CDC a élaboré des outils précis fondés sur les EPHS destinés aux autorités des états et des localités ainsi qu'aux organismes chargés de la santé publique afin de déterminer la capacité et le rendement actuels, les domaines où l'on peut améliorer le système, renforcer des partenariats et s'assurer qu'un système de santé publique fort est en place afin de réagir efficacement face aux problèmes quotidiens et aux urgences de santé publique.

Collaboration intergouvernementale

Le Comité d'experts est très conscient que seuls le partenariat et la collaboration peuvent aider à réaliser l'efficacité d'une agence et le renforcement d'un système. Cette collaboration engendrera des partenariats au sein du système de santé et entre les secteurs, entre les ministères au sein de la province, avec ceux d'autres provinces et, plus important encore, avec les initiatives du gouvernement fédéral. Pour cette raison, le Comité d'experts a, dans son rapport préliminaire, à la fois appuyé les recommandations du rapport Naylor et demandé une réponse

complète du gouvernement fédéral. D'après le budget fédéral 2004[8], il est maintenant clair que certaines mesures cruciales pour paver la voie du renouveau ont été adoptées. Nous notons que, bien que ces mesures initiales soient positives, elles présentent clairement des limites. Elles doivent aller plus loin, puis être soutenues et complétées.

Nous sommes toutefois confiants que des progrès véritables peuvent être réalisés grâce au partenariat et à l'engagement à l'échelon provincial, combinés à une approche exhaustive à l'échelon fédéral. Au Canada, à l'heure actuelle, nous avons une rare occasion de rapprocher les intérêts fédéraux et provinciaux. Si l'on s'engage fermement dans cette voie, ce rapprochement entraînera des changements réels et durables. Nous devons saisir cette occasion.

Il existe des synergies et des possibilités évidentes de collaboration entre l'approche proposée au niveau fédéral pour renforcer le système de santé publique du Canada et la voie proposée pour l'Ontario. Ces synergies sont axées sur un certain nombre de domaines, notamment :

a. Création d'une agence de santé publique

L'agence de santé publique canadienne proposée servira de point central au sein du gouvernement fédéral en ce qui concerne les questions de santé publique. À l'heure actuelle, la discussion sur l'agence canadienne de santé publique a été orientée sur la prise en charge des maladies infectieuses, sur les mesures et interventions d'urgence ainsi que sur la prévention des maladies chroniques. L'agence nationale contribuera également à l'élaboration d'un réseau de santé publique pancanadien. De plus, le Comité d'experts considère d'une importance capitale l'annonce récente, dans le budget fédéral de 2004, d'un financement additionnel afin d'élaborer et de mettre en œuvre des normes améliorées pour la saisie des données ainsi qu'un système de surveillance national[9]. L'agence canadienne et les processus suggérés pour soutenir la santé publique à l'échelle du pays appuieront et contribueront au renouvellement de la santé publique en Ontario.

La vision de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario proposée s'intègre bien avec celle de l'agence canadienne de santé publique qui se dessine et qui pourrait être appliquée dans la gestion quotidienne du domaine provincial. Le degré auquel les occasions d'harmonisation du fonctionnement peuvent être intégrées dans la conception de l'agence par les deux paliers de gouvernement dès le début du processus revêtira une grande importance et se révèlera beaucoup plus facile que d'entreprendre des modifications et de clarifier les rôles après coup. Le Comité d'experts prévoit que, lorsque les deux agences fonctionneront, elles entretiendront des

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

relations techniques et scientifiques considérables. De plus, la collaboration et les relations avec l'agence canadienne soutiendront la mise en application efficace du mandat de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario proposée.

Compte tenu de l'emplacement et de la position stratégique de l'Ontario ainsi que sa masse critique sur le plan des universités, de son expertise dans les domaines scientifique, clinique comme dans celui de la recherche, le Comité d'experts croit qu'en plus de la coordination et de la collaboration, il est avantageux d'examiner la possibilité que l'agence de santé publique canadienne proposée soit située en Ontario. Ceci dit, peu importe où sera situé le noyau central, les efforts de l'Ontario doivent compléter les résultats des discussions nationales tout en demeurant en relation constante avec ces dernières.

b. Interventions d'urgence et ressources humaines en soins de santé

Les deux ordres de gouvernement entreprennent de nombreuses activités pour augmenter la capacité d'intervention d'urgence, notamment le soutien des bureaux de mesures et d'interventions d'urgence, ainsi que les équipes et les équipements d'intervention d'urgence. L'Ontario collabore avec le gouvernement fédéral dans bon nombre de ces entreprises. Cependant, il existe également des occasions importantes de collaborer à l'élargissement du Programme d'épidémiologie d'intervention du Canada qui a été récemment annoncé. Les lacunes sur le plan de la formation des ressources humaines en Ontario sont très évidentes. La coordination avec le gouvernement fédéral dans ce programme pourrait se traduire par une augmentation de la contribution au travail de l'Ontario en matière de formation des ressources humaines en santé; ce faisant, des mécanismes devraient être mis en place afin que les modèles efficaces élaborés par les provinces puissent être mis à profit au-delà des frontières des collectivités publiques.

c. Centres d'excellence

Des annonces ont également été faites au sujet de la création de centres d'excellence régionaux en santé publique et de laboratoires afin de promouvoir les connaissances et l'intervention dans des domaines clés comme l'épidémiologie des maladies transmissibles. Ces annonces représentent une occasion en or de collaborer, particulièrement à la lumière des recommandations du Comité d'experts concernant le mandat de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles proposé et les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections.

d. Augmentation de la capacité des laboratoires

Dans son rapport préliminaire ainsi que dans ce rapport final, le Comité d'experts a déterminé qu'il est absolument nécessaire d'augmenter la capacité du Laboratoire central de santé publique de l'Ontario et d'améliorer la coordination avec d'autres composantes du système de santé publique. C'est pourquoi il est toujours d'une importance capitale de poursuivre et d'améliorer les travaux de coordination avec le Laboratoire national de microbiologie, en plus de ceux dédiés au développement rapide d'un réseau national avancé de laboratoires de santé publique. L'annonce récente d'une augmentation du financement en appui à la recherche dans les laboratoires favorisera sans aucun doute les fonctions de recherche suggérées dont la province a besoin.

Santé publique chez les Autochtones

Aucune communauté canadienne ne présente encore aujourd'hui un état de santé aussi mauvais que celui des communautés autochtones. Le Comité d'experts est conscient de la litanie de statistiques qui montrent l'incidence négative que joue encore une gamme de déterminants de la santé dans les communautés autochtones et ce, tant dans les réserves de l'Ontario qu'à l'extérieur.

Dans l'empressement mis à documenter les inégalités sur le plan de l'état de santé, on oublie souvent les réussites, dont entre autres de nombreux programmes originaux et efficaces qui, dans certains domaines, ont permis de réaliser des progrès concrets. L'expérience montre également que la participation directe des communautés autochtones à la conception, à l'élaboration et à la prestation des solutions requises est nécessaire à leur réussite.

Les services et responsabilités en matière de santé publique au sein des communautés des Premières nations font partie d'un champ de compétences complexes et entremêlées qui fournit actuellement la structure par laquelle les soins de santé sont financés, réglementés et offerts dans ces communautés.

Il est essentiel d'établir un plan tripartite dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre les infections. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les plans d'urgence contre les éclosions de maladies infectieuses dans les communautés des Premières nations.

Le Comité d'experts propose que les mécanismes de soutien de la collaboration continue avec le gouvernement fédéral soient raffinés et mieux concentrés (par exemple, grâce à des comités F/P/T), et que l'on reconnaisse des domaines et des enjeux d'intérêt commun. De telles

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

entreprises devraient non seulement être axées sur les liens et les échanges techniques, mais aussi sur les activités de collaboration nécessaires à la progression des priorités respectives en santé publique. Non seulement le moment est idéal pour une telle collaboration, mais il y a longtemps qu'elle est attendue.

Le Comité d'experts propose également que l'Ontario, le gouvernement fédéral et les chefs des Premières nations entament des discussions sur un protocole formel en matière de gestion des urgences de santé publique à l'échelon des Premières nations, lequel devra être terminé dans les 12 mois.

Conclusion

Nous demeurons convaincus du bien-fondé des observations et des recommandations avancées dans notre rapport préliminaire, et nous considérons que ce rapport final est un pas de plus vers le renouvellement de la santé publique en Ontario. Dans les deux rapports, nous avons fait des recommandations concernant le reste du système de santé en Ontario et nous demandons que l'on porte une attention égale à ces enjeux.

Le temps des changements en Ontario est venu : nous avons un nouveau gouvernement provincial doté d'un nouveau mandat qui professe son engagement à l'égard de la santé publique, un gouvernement fédéral qui a déjà indiqué une certaine intention d'agir en santé publique et un système de santé qui souhaite ardemment changer les façons de faire. On retrouve dans trois rapports qui ont été publiés dans une période de six mois, aux échelons national et provincial, une vision cohérente de revitalisation du système de santé publique que l'on ne peut pas ignorer. Nous avons déjà passé l'automne et l'hiver en espérant que le SRAS ne réapparaisse pas. En cette nouvelle année, nous apprenons toutefois que des éclosions de grippe aviaire traversent l'Asie, suscitant des craintes quant aux possibilités de transmission à l'humain en cas de mutation du virus. Dans ces circonstances, nous posons la question suivante : sommes-nous davantage préparés aujourd'hui à affronter une menace inconnue pour la santé publique que nous l'étions il y a un an? Honnêtement, la réponse est « oui ». Nous reconnaissons que des progrès ont été réalisés au sein des gouvernements fédéral et provincial. Cependant, que répondrions-nous si nous formulions la question différemment : les systèmes sont-ils aussi prêts qu'il le faut pour l'avenir?

Comme nous l'avons noté dans notre rapport préliminaire, l'amélioration de notre aptitude collective à faire face aux situations d'urgence comme la crise du SRAS est une dette collective que nous devons à ceux qui ont

perdu la vie ou qui souffrent du décès d'un proche à cause du SRAS, de même qu'aux fournisseurs de soins de santé qui ont vaillamment fait face à la maladie. C'est une dette que nous avons envers ceux qui ont partagé leurs récits avec nous et envers ceux qui continuent de souffrir des répercussions de cette expérience. L'amélioration de notre capacité à faire face aux situations d'urgence est une garantie pour l'avenir : c'est un investissement pour ceux qui combattront la prochaine urgence ou crise de santé majeure afin qu'ils aient accès aux outils, à un soutien et à des procédures qui ont manqué lors de la première éclosion du SRAS en Ontario.

Nous espérons que les pensées, réflexions et recommandations que nous présentons dans les rapports préliminaire et final seront prises aux sérieux. Il est crucial qu'elles soient considérées comme le fondement d'un changement en profondeur, lequel est essentiel pour l'efficacité de notre système de santé dans un environnement mondial évoluant rapidement. Nous espérons que ces changements s'effectueront dans un esprit de partenariat et de collaboration, en mémoire de ceux et celles qui ont fait preuve de dévouement et d'efforts considérables dans la lutte nécessaire à la protection de la santé de tous les Ontariens et Ontariennes. Les mots doivent maintenant faire place à l'action.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Recommandations

10. Les dirigeants du gouvernement fédéral, ceux des Premières nations et du ministre de la Santé et des Soins de longue durée doivent entamer des discussions sur un protocole formel concernant les urgences de santé publique à l'échelon des Premières nations, en vue d'établir un protocole d'ici un an.

11. L'Ontario doit poursuivre vigoureusement les possibilités de mise en commun et de collaboration entre l'agence canadienne de santé publique proposée et l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Bibliographie

1. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada. Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* [Ottawa] : Santé Canada; 2003.

2. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie, Kirby M. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir.* Novembre 2003. Consultation en ligne : http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repfinnov03-f.htm. Consulté le 5 novembre 2003.

3. O'Connor DR (l'Honorable). *Rapports de la Commission d'enquête sur Walkerton.* Toronto, Ont. : ministère du Procureur général de l'Ontario; 2002. Aussi disponible en ligne : http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/walkerton/. Consulté le 23 octobre 2003.

4. Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Performance and Standards Program. *The essential public health services*. Le 3 septembre 2003. Consultation en ligne : http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/10EssentialPHServices.asp. Consulté le 24 février 2004.

5. Organisation panaméricaine de la santé (OPS). *Public health in the Americas. Conceptual renewal, performance assessment and bases for action.* Washington, D.C.: OPS; 2002. On peut consulter une description du livre aux adresses suivantes : http://www.paho.org/English/DPI/pr020923e.htm; http://publications.paho.org/english/moreinfo.cfm?Product_ID=666&CFID=6014030&CFTOKEN=58130317

6. Association of Local Public Health Agencies (alPHa). *The future of public health in Ontario: alPHa Board of Directors position paper*. 2003. Consultation en ligne : http://www.alphaweb.org/docs/ph_future_paper_final_version-17_12_2003-10_30_55.pdf. Consulté le 19 mars 2004.

7. Centers for Disease Control and Prevention. *National Public Health Performance and Standards Program*. 3 septembre 2003. Consultation en ligne : http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/index.asp. Consulté le 24 février 2004.

8. Canada. Ministère des Finances. *Budget 2004. Nouvel élan vers la réussite. Thèmes du budget : L'importance de la santé*. 23 mars 2004. Consultation en ligne : http://www.fin.gc.ca/budget04/PDF/pahealf.pdf. Consulté le 24 mars 2004.

9. Canada. Ministère des Finances. *Budget 2004. Nouvel élan vers la réussite. L'importance de la santé*. 23 mars 2004. [p. 7]. Consultation en ligne : http://www.fin.gc.ca/budget04/PDF/pahealf.pdf. Consulté le 24 mars 2004.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Chapitre un : Organisation de l'agence — Renouveau et changement

Aperçu du chapitre

Page

Aperçu 81
Coûts primaires prévus

L'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario 82
1. Pourquoi avons-nous besoin d'une agence de santé publique en Ontario?
   A. Harmonisation des fonctions scientifiques et techniques
   B. Augmentation de la souplesse et de l'agilité
   C. Autonomie et indépendance

Création d'une agence en Ontario 87
Rôle du CDC : pertinence et réalisme
1. Mandat de l'agence
2. Facteurs de succès clés de l'agence
   A. Transparence
   B. Responsabilisation
   C. Intégration d'une équipe d'experts multidisciplinaire
   D. Intégrité et crédibilité
   E. Soutien intersectoriel : vaincre le cloisonnement
   F. Partenariats
   G. Culture des ressources et du service
3. Gouvernance
   A. Relations avec le médecin hygiéniste en chef et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
   B. Conseil d'administration
   C. Loi constitutive
4. Financement du programme
5. Secteurs fonctionnels essentiels
   A. Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
   B. Renforcer les ressources de laboratoire
   C. Soutien aux mesures et interventions d'urgence
   D. Promotion de la santé et prévention des blessures
   E. Transfert des connaissances et recherche
   F. Centre d'épidémiologie et surveillance
   G. Services de bibliothèque et de soutien
   H. Communications

Mise en œuvre par étapes 130
1. Approche par étapes au renouvellement de la santé publique
2. Approche par étapes à l'élaboration de l'agence
   A. Équipe de transition
   B. Tâches initiales

Partage des responsabilités entre l'agence et le ministère 139

Recommandations 143

Chapitre un : Organisation de l'agence — Renouveau et changement

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Aperçu

La création d'une agence visant à renforcer la centralisation des moyens d'assurer la santé publique afin de prodiguer des conseils scientifiques objectifs est fondée sur des raisons convaincantes. Nous considérons ce projet comme un véhicule permettant de créer un laboratoire central plus fort et de s'assurer que le leadership scientifique et médical soit intégré dans un cadre de travail unique et cohérent.

Le Comité d'experts conseille vivement à la province de l'Ontario de procéder au développement et à la mise en œuvre graduelle de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. Cette agence que nous proposons doit être dotée des pouvoirs législatifs appropriés, d'un conseil d'administration composé de spécialistes et de mécanismes efficaces pour promouvoir la responsabilisation et la transparence au sein de l'organisme. Nous proposons également que des liens organisationnels et opérationnels forts avec l'agence de santé publique canadienne soient établis dès l'étape de conception de l'agence ontarienne.

Son mandat devrait être le suivant :

- promouvoir et protéger la santé des Ontariennes et Ontariens en fournissant des services scientifiques, de laboratoire et épidémiologiques efficaces et précis ainsi qu'en prodiguant conseils et soutien en vue d'améliorer la santé de la population de l'Ontario;
- traduire les preuves scientifiques et les résultats de recherche en outils, conseils et mécanismes de soutien pratiques et efficaces pour les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario.

Nous proposons que la direction stratégique de l'agence soit établie par le médecin hygiéniste en chef et qu'un président-directeur général en assure la direction opérationnelle et scientifique. Le rôle du médecin hygiéniste en chef doit être appuyé par des modifications appropriées à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[1] de l'Ontario afin de lui permettre de faire des déclarations et de publier des résultats de recherche ainsi que des rapports de manière indépendante du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et, lorsque les circonstances l'exigent, de s'adresser directement à l'Assemblée législative.
Il est également essentiel que les modèles d'agence comprennent des liens efficaces afin que les preuves et analyses scientifiques produites par les

agences puissent avoir une influence sur les politiques à l'échelon provincial et qu'elles contribuent à leur création. On envisage l'intégration graduelle du Laboratoire central de santé publique renforcé avec les fonctions de surveillance et d'épidémiologie de l'agence proposée. On prévoit également que l'agence créera un réseau étendu d'expertise dans les domaines scientifique et des laboratoires tant à l'échelle provinciale que nationale. On propose que l'agence soit établie progressivement sur cinq ans et qu'elle entre en fonction à partir de la troisième année. Plutôt que de réimplanter des fonctions de base dans une structure différente, nous avons prévu une série d'étapes interimaires visant à assurer leur renforcement et à augmenter immédiatement les moyens d'intervention.

Coûts primaires prévus

- On estime que les coûts d'exploitation annualisés de l'agence s'élèveront à 45 M $ lors de la cinquième année, tandis que les coûts estimés de développement seront d'environ 5 M $ par an durant les trois premières années.

- On propose que ces coûts s'ajoutent aux dépenses existantes, mais qu'ils ne reflètent pas le financement supplémentaire que le gouvernement fédéral pourrait verser, financement qui permettrait de réduire les coûts payés par l'Ontario ou d'augmenter le nombre de domaines d'activité.

- Les dépenses uniques en immobilisations prévues s'élèvent à environ 35 M $ pour la construction de l'agence et de son laboratoire central de santé publique.

L'Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario

1. Pourquoi avons-nous besoin d'une agence de santé publique en Ontario?

A. Pour organiser et harmoniser les fonctions scientifiques et techniques (notamment le soutien à la communauté des soins de santé) de manière cohérente et distincte des fonctions courantes du ministère.

B. Pour disposer d'un groupe spécialisé qui est précisément conçu, tant sur le plan structurel qu'administratif, pour être souple et agile, afin de nous préparer pour l'avenir en matière de santé publique et d'assumer des fonctions critiques en matière d'analyse et d'intervention.

C. Pour lui conférer davantage d'autonomie, d'indépendance et de visibilité dans l'exécution de ses fonctions de soutien scientifique central en matière de santé publique.

A. Harmonisation des fonctions scientifiques et techniques

Le Comité d'experts est d'avis qu'il convient de définir les fonctions essentielles de l'agence, soit prodiguer conseils et soutien scientifique et technique aux décideurs du domaine de la santé, aux fournisseurs de soins de santé, au public et aux fonctionnaires locaux œuvrant en santé publique à partir des rôles du ministère en matière de politique globale sur le développement, la gouvernance et l'application des règlements. L'agence sera en mesure de créer une base de compétences partagées lui permettant de travailler efficacement en collaboration avec divers secteurs du domaine de la santé.

Une telle définition a le potentiel de clarifier les fonctions du ministère en matière de réglementation, d'application des règlements, de politique et de soutien ainsi que celles associées à la production, à l'assemblage et à la diffusion des preuves scientifiques utilisées par les fonctionnaires de la santé publique et, en fin de compte, par l'ensemble du système de santé.

La création de l'agence est essentiellement un geste visant à confier la responsabilité d'offrir au ministère et aux fournisseurs de soins de santé des conseils pratiques, indépendants, crédibles et factuels, permettant ainsi de conserver une certaine distance des fonctions plus administratives du ministère.

Cette séparation des fonctions existe déjà à des degrés plus ou moins élevés au Québec et en Colombie-Britannique, ainsi qu'aux États-Unis, dont le CDC possède un mandat qui, tout en étant lié sur le plan fonctionnel à celui du *Department of Health*, demeure distinct. Bien qu'il existe des différences fonctionnelles évidentes entre les modèles, ils se ressemblent en ceci que les preuves scientifiques produites et les conseils, normes et outils qui en découlent ne proviennent pas d'un organisme qui est d'une part soumis à la politique plus bureaucratique d'un ministère de la santé et doit, d'autre part, assumer des fonctions de soutien ministériel.

On nous a démontré que l'efficacité de l'exécution de certaines tâches et le degré d'organisation, de coordination et de dotation en ressources est plus important que l'organisme qui réalise ces tâches. Il y a un élément de vérité dans cela, mais nous demeurons convaincus que la création d'une agence confèrera vraisemblablement avantages, visibilité et cohésion à certaines activités qui ont traditionnellement fait l'objet d'un manque de ressources et d'attention de la part du ministère avant l'éclosion du SRAS.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Par exemple, notre capacité en matière d'épidémiologie, de lutte contre les infections et d'analyses de laboratoire ne constituait pas, de toute évidence, une priorité pour le ministère au cours de la dernière décennie et ce, malgré les observations des vérificateurs provinciaux, d'anciens médecins hygiénistes et d'autres parties[2]. Nous espérons qu'une agence transformera cette situation en augmentant l'harmonisation, la visibilité et le profil de ces services vitaux qui sont, trop souvent, invisibles.

Le Comité d'experts insiste également pour que le *processus* utilisé pour créer l'agence soit considéré comme un exercice visant à examiner et à améliorer la *manière* dont nous accomplissons ces activités. En un mot, passer à une structure d'agence ne doit pas revenir à faire la même chose qu'avant au sein d'un organisme différent : cela offre plutôt une occasion unique de promouvoir un changement de la culture et de l'orientation au cœur du système.

Cela s'applique également au fonctionnement et aux partenariats de notre laboratoire central, à la manière dont nous produisons et disséminons les données épidémiologiques, à l'utilisation que nous faisons de la technologie de l'information pour planifier et aborder la surveillance des maladies et, enfin, à nos approches de communication avec les fournisseurs de soins de santé. Dans tous ces domaines, le Comité d'experts a dégagé, tant dans ce rapport que dans le rapport préliminaire, des possibilités définies de procéder plus efficacement. Nous les expliquons en détail plus loin dans ce rapport.

B. Augmentation de la souplesse et de l'agilité

Le Comité d'experts est bien conscient des difficultés que connaissent les grands organismes à plusieurs paliers pour répondre aux nouveaux enjeux. Les difficultés du ministère ne sont pas uniques et peuvent être considérées comme l'apanage de nombreux organismes bureaucratiques de grande taille. En effet, la difficulté à répondre rapidement aux nouveaux enjeux est l'une des principales raisons pour lesquelles autant de collectivités publiques à l'échelle internationale ont créé des agences spécialisées dans la santé publique ou la lutte contre les maladies transmissibles qui disposent d'une certaine latitude fonctionnelle par rapport à la bureaucratie.

La santé publique, comme l'a correctement noté le Dr David Naylor et le Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, est l'un des rares services que le ministère offre directement au public et sur le terrain[3]. De plus, plusieurs des fonctions scientifiques et techniques relevant de la santé publique ne sont pas reliées de façon évidente au cadre global. Dans son plaidoyer pour l'agence nationale, le rapport du Dr Naylor indique que :

« (...) la position actuelle des fonctions de santé publique au sein d'un ministère du gouvernement place les professionnels de la santé dans une très vaste organisation et dans une culture largement axée sur les processus et particulièrement orientée vers les questions politiques du jour (...) les processus par lesquels les politiques sont élaborées et communiquées peuvent être moins qu'optimaux pour la prestation des services spécialisés de santé publique[4]. »

Le plaidoyer employé au gouvernement fédéral s'applique clairement à l'échelon provincial. On constate aussi que, contrairement à d'autres services provinciaux offerts directement au public (par exemple, la délivrance des cartes d'Assurance-santé ou le traitement des demandes de médicaments), la prestation des services de santé publique et de laboratoire centralisés présente des enjeux uniques, comme on l'a vu ces dernières années. Plus précisément, bien que les services de santé publique comportent certaines fonctions routinières, ils doivent être également très prompts à intervenir en tout temps face aux menaces de santé publique imprévisibles et évolutives. Cela rend encore plus précieux les organismes aptes à réagir rapidement.

Pour qu'un nouvel organisme ou qu'une nouvelle structure soit efficace dans ce contexte, il devra faire preuve de souplesse et de dextérité. Cet état des choses a quelques répercussions évidentes sur le fonctionnement. Par exemple, le Comité d'experts a noté qu'une partie des problèmes qui sont apparus durant l'éclosion du SRAS découlaient d'une capacité d'appoint inadéquate générale du système, notamment à l'échelon central et particulièrement dans les domaines de l'analyse épidémiologique et de l'expertise de laboratoire. Une agence n'ayant pas suffisamment de ressources ou dont le travail serait entravé par des processus d'approbation à paliers multiples et par des pouvoirs fortement limités ne serait pas en mesure de tirer le plein potentiel de ce modèle.

La formation d'équipes de réponse rapide, annoncée durant les dernières phases de l'éclosion du SRAS, représente un exemple limité du type de capacité d'appoint qui ne peut pas faire partie d'une agence ni en relever. Pourtant, cela ne présente que l'aspect réactif de la souplesse, c'est-à-dire répondre à une crise après son apparition. Les mêmes objectifs d'agilité devraient être poursuivis dans les activités d'anticipation et d'alerte rapide qui doivent être renforcées tant à l'échelon provincial que local. Cela exigera, comme on l'a mentionné dans le rapport préliminaire, des outils des technologies de l'information améliorés et intégrés à l'échelon de l'agence et du laboratoire, en plus de celles qui sont nécessaires sur le terrain. Ainsi, les recommandations du rapport préliminaire, lesquelles sont axées sur les améliorations aux technologies et aux ressources nécessaires

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

tant dans les structures centrales que locales, sont garantes de la réussite de l'agence à bien des égards. Elles ne sont pas facultatives. Un organisme central fort ne compensera jamais la médiocrité des moyens de lutte contre les infections au sein du système de santé publique local.

Le Comité d'experts a constaté une quasi-unanimité chez les spécialistes et représentants en santé publique d'autres collectivités publiques : si elle est mise en œuvre avec soin, une agence fonctionnant indépendamment du ministère peut conférer un plus grand degré d'agilité à plusieurs fonctions d'analyse et d'intervention critiques qui relèvent actuellement du ministère. Cette observation ne concerne pas uniquement l'Ontario. Dans les résolutions de l'Union européenne portant sur les motifs de la création du Centre européen pour le contrôle des maladies, on cite nommément l'agilité et la capacité d'intervention rapide comme les raisons principales du développement d'un centre spécialisé et centralisé[5].

C. Autonomie et indépendance

Essentiellement, une agence doit être en mesure d'agir de manière responsable, purement dans les intérêts de la santé publique. Cela inclut les activités proposées dans les domaines du transfert des connaissances, de l'analyse et de la surveillance épidémiologique ainsi que dans celui de la communication. Afin de maximiser la crédibilité et la clarté dans l'exécution de ses rôles et responsabilités, l'agence doit tirer son pouvoir de la loi, ce qui lui permet de jouir dans son fonctionnement d'une latitude bien définie.

Le Comité d'experts reconnaît que des aspects plus administratifs tels que l'assurance, les services de ressources humaines et l'achat, ne manqueront pas d'apparaître et que ces tâches seront accomplies de manière rentable si elles sont centralisées; une telle avenue doit être explorée. Il faut veiller à faciliter le développement de l'agence, et non à assembler un ministère miniature.

L'agence doit également avoir la latitude nécessaire pour forger des liens et des partenariats appropriés avec des institutions d'enseignement, des fournisseurs de soins de santé et des organismes fédéraux et provinciaux concernés. De plus, elle doit être assurée, tant par la loi qui la constitue que par des protocoles d'entente, qu'elle a la capacité de produire des rapports et qu'elle pourra publier ses recherches et conseils, soit directement, soit par l'entremise du médecin hygiéniste en chef. Ce point sera développé plus loin dans le présent chapitre.

2. Quels avantages une agence peut-elle offrir?

Chaque modèle d'agence examiné par le Comité d'experts présente une histoire unique. Cependant, il est clair que certaines caractéristiques principales sont visibles dans les modèles d'agence efficaces qui ont évolué.

- ***Pertinence*** – Les agences qui ont su gagner crédibilité et respect se sont intégrées dans leurs sociétés respectives. Elles ont souvent réussi la difficile tâche de transformer des données scientifiques en connaissances et outils pratiques qui servent directement à contrer les risques sanitaires aux échelons locaux et régionaux. Bien que cela semble être évident, nous devons maintenir une vision d'agence qui offre un soutien et une aide utiles aux points de service.

- ***Harmonisation*** – En Colombie-Britannique, au Québec, et dans plusieurs autres collectivités publiques que le Comité d'experts a étudiées, la réunion des compétences scientifiques et analytiques apparentées, particulièrement dans les domaines de l'épidémiologie, de la surveillance et de l'expertise de laboratoire et de microbiologie, a créé une masse critique plus grande que la somme de leurs parties.

- ***Accès coordonné à la recherche et à l'expertise*** – Dans les meilleurs cas, les agences de santé publique efficaces ont noué des partenariats fructueux avec des institutions et organisations universitaires et scientifiques externes. Ces liens semblent avoir des avantages tant pour les membres du personnel de l'agence que sur le terrain; ils les aident également à se maintenir à la fine pointe de l'évolution scientifique et à élargir tant l'accès à l'information que le soutien aux ministères avec lesquels elle est harmonisée.

Création d'une agence en Ontario

Le Comité d'experts a grandement profité des conseils offerts généreusement par des spécialistes de l'Ontario et des représentants d'organismes de la Colombie-Britannique, du Québec, du Royaume-Uni et des États-Unis. Notre tâche consiste maintenant à traduire nos apprentissages en une proposition de modèle d'agence pour l'Ontario qui soit pertinente, apte à intervenir et qui offre une valeur ajoutée aux fournisseurs de soins de santé, aux bureaux de santé publique et, en fin de compte, aux Ontariennes et Ontariens.

Le tableau suivant présente un aperçu de certains des domaines sur lesquels plusieurs agences établies axent leurs efforts. Bien que ce tableau ne soit pas exhaustif (chaque agence offre une gamme de services

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

supplémentaires), il montre quelques fonctions de base que ces agences établies gèrent, soutiennent ou coordonnent.

Le Comité d'experts a noté que si les fournisseurs de soins de santé appuient fortement la création d'une agence en Ontario, ils ont toutefois des réserves. Par exemple, nous avons noté qu'une nouvelle entité qui finirait par simplement publier des rapports académiques et prendre une attitude distante face aux besoins des fournisseurs de soins de santé et des leaders de la santé publique n'est ni ce dont le système a besoin ni un investissement judicieux des deniers publics. Le Comité d'experts partage sans réserve cette opinion; il est essentiel que toute nouvelle agence créée

Tableau 2 : domaines sur lesquels quelques agences de santé publique choisies axent leurs efforts

	BCCDC	Institut du Québec	R.-U. (HPA)	CDC (É.-U.)	Minnesota	Oklahoma	Floride
Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	x	x*	x	x	x	x	x
Laboratoire de santé publique	x	x	x	x	x	x	x
Prévention et contrôle des maladies chroniques		x		x	x	x	x
Prévention et contrôle des accidents		x		x	x	x	
Mesures et interventions d'urgence#	x		x	x	x	x	x
Hygiène de l'environnement	x	x		x	x	x	x
Protection des produits alimentaires	x			x	x	x	x
Produits chimiques			x	P	x		
Centre antipoison	x	x	x	P			
Recherche	x	x	x	x			
Communication des risques	x	x	x	x	x	x	x

Légende x : Le degré de participation varie.
P : Partiellement – activité gérée avec une autre agence.
: Généralement une fonction de soutien et une composante d'un cadre global.

Remarque : l'agence du Québec offre des conseils de spécialistes. Le médecin hygiéniste en chef, dont le pouvoir est conféré par la loi, relève d'un ministère du gouvernement provincial. Dans tous les cas, les fonctions principales sont la coordination, les conseils, la définition de normes et la diffusion de renseignements; la prestation de ces services est généralement effectuée par des partenaires multiples à l'échelon de l'état, de la région ou de la localité. BCCDC : British Columbia Centre for Disease Control. CDC : Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.) HPA : Health Protection Agency (R.-U.).

en Ontario prouve sa valeur et offre son soutien à l'échelon local. Comme l'a observé le CDC, [traduction] « *les meilleurs renseignements les plus récents en matière de santé sont totalement inutiles si les personnes auxquelles ils sont destinés ne peuvent pas les comprendre ni y avoir accès*[6]. »

Ainsi, tout nouveau modèle organisationnel ontarien efficace doit reposer sur une compréhension réaliste du système de prestation de soins de santé et de services sociaux de l'Ontario. Peu importe le modèle de sa structure centrale, le seul garant de l'efficacité et de l'utilité d'une agence sera son orientation sur les besoins des fournisseurs, des bureaux de santé publique et des leaders en santé publique de l'Ontario.

En Ontario, le but doit consister à axer les efforts sur les domaines où une structure d'agence spécialisée et prompte à réagir est avantageuse. Nous devons également éviter de créer une structure qui assume rapidement ou naïvement la responsabilité de tout le domaine de la promotion ou de la protection de la santé : tâche impossible, de toute évidence. C'est pourquoi, aux premiers stades, l'agence doit se concentrer sur un petit nombre de fonctions essentielles et les mener à bien sans faute.

Pour résumer, nous croyons qu'une agence qui n'a pas assez de ressources et d'effectifs ne changera rien à la situation. Par ailleurs, nous croyons que l'agence peut faire des progrès réels si nous pouvons :

- éliminer systématiquement plusieurs lacunes à l'échelon central dans des domaines critiques, lesquelles ont été précisées dans le rapport préliminaire;
- créer et mettre en œuvre les pouvoirs, la structure et les processus qui permettent à une agence d'être agile, transparente et souple;
- fournir le financement approprié.

Rôle du CDC : pertinence et réalisme

Au Canada, il est virtuellement impossible de discuter de modèles d'agence de santé publique ou de contrôle des maladies sans établir de comparaison avec le *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis. En fait, bon nombre d'intervenants de la communauté de la santé ont suggéré à de nombreuses reprises le terme « CDC du Nord » pour résumer le modèle de changement de structure qu'il est nécessaire de réaliser en Ontario et au sein du gouvernement fédéral.

Bien que l'on puisse manifestement tirer des leçons précieuses d'un examen de l'expérience, de l'évolution et de l'efficacité du CDC, cette comparaison comporte également des risques. Par exemple, il existe des

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

différences essentielles sur le plan de la gestion, du financement, de la structure et de l'organisation du domaine des soins de santé et de la santé publique entre les États-Unis et le Canada. Ces différences compliquent l'importation pure et simple du modèle du CDC. Il est clair qu'il ne faut pas croire qu'un modèle de l'envergure de celui du CDC est logique ou réalisable.

En premier lieu, le CDC est une agence de réputation internationale qui évolue à l'échelon national grâce à un budget de plus de 7,1 milliards de dollars en devise américaine (environ 9 milliards de dollars en devise canadienne), soit environ le tiers de tout le budget de la santé de l'Ontario.

En deuxième lieu, la crédibilité du CDC de même que le degré d'autonomie fonctionnelle (voire formelle) et le respect dont il jouit est le produit de près de 60 ans d'existence, d'une série d'investissements d'importance durant des décennies dans les domaines scientifiques et techniques, sans compter le soutien en matière de recherche et de technologie qui est mis à sa disposition. Le CDC est loin d'être une institution unique à cet égard, puisque de nombreuses agences de santé publique à l'échelle mondiale se sont aussi développées de manière évolutive, en s'adaptant graduellement pour effectuer différentes fonctions au fur et à mesure que de nouveaux besoins apparaissent. L'Ontario ne peut pas attendre 60 ans pour créer une agence efficace, mais nous ne pouvons pas non plus imaginer que nous pouvons créer une telle agence en un rien de temps.
De plus, l'équilibre entre le soutien et la capacité en santé publique aux

Centers for Disease Control and Prevention

Le CDC des États-Unis a évolué à partir d'un centre de lutte contre les maladies transmissibles d'envergure relativement restreinte qui a été établi après la seconde guerre mondiale pour devenir une agence de santé publique complexe et d'importance. En effet, c'est en 1946 qu'un petit centre de lutte contre les maladies transmissibles a été créé dans les anciens bureaux du *Office of Malaria Control in War Areas*, situés au centre-ville d'Atlanta. Il avait pour mandat de travailler avec les autorités sanitaires du niveau local dans la lutte contre la malaria et le typhus et d'autres maladies courantes. Un an plus tard, un paiement symbolique de 10 $ a permis d'acheter le terrain du chemin Clifton, à Atlanta, où sont situés les bureaux actuels de l'agence[7]. Graduellement, le CDC a élargi son mandat en incorporant progressivement des instituts nationaux et en en mettant sur pied des centres nationaux pour inclure de nombreux domaines de spécialité comme la violence, la santé et sécurité au travail, la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques. Il possède également une longue histoire de percées scientifiques et son rayonnement international a augmenté de plus en plus.

échelons des localités et des états, comparativement à la capacité centrale du CDC, varie fortement d'un État américain à l'autre. Cet état des choses est causé par différentes approches de financement qui ont été prises par certains états et localités, lesquels dépendent fortement sur la structure centralisée. Le terme « pyramide inversée » a été utilisé par certains pour expliquer le dilemme qui a parfois été constaté à l'échelon de la localité et de l'État.

Certains spécialistes ont mis le Comité d'experts en garde à ce sujet : il convient d'être prudent lors de la conception de l'agence pour éviter que le désir de constituer un noyau de services centraux forts et efficaces ne soit pas réalisé au prix d'un affaiblissement des moyens d'agir à l'échelon local.

1. Mandat de l'agence

L'agence doit jouer deux rôles clés :

- promouvoir et protéger la santé de la population de l'Ontario en créant des services scientifiques, de laboratoire et épidémiologiques rapides et précis et en apportant une expertise ainsi qu'un soutien aux mesures prises pour améliorer la santé des Ontariennes et Ontariens;
- traduire les preuves scientifiques et les résultats de recherche en outils, conseils et mécanismes de soutien pratiques et efficaces pour les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario.

2. Facteurs de succès clés de l'agence

En se fondant sur les commentaires de spécialistes, le Comité d'experts a déterminé une série de facteurs de succès qui forment les grandes lignes de « l'état recherché » pour établir une nouvelle agence et adopter une nouvelle approche.

A. Transparence

Compte tenu de la nécessité d'apporter des changements, le Comité d'experts croit qu'il est important que toute nouvelle agence ontarienne soit crée de manière ouverte, de façon à favoriser la transparence et regagner la confiance. Dans le même ordre d'idées, toutes les mesures apparentées qui sont nécessaires aux échelons locaux et régionaux doivent être entreprises de cette manière, tout en donnant aux intervenants l'occasion de participer.

En ce qui concerne la transparence du fonctionnement de l'agence, le Comité d'experts recommande qu'un représentant du public siège au conseil d'administration, qu'un processus transparent de sélection des membres du conseil d'administration soit défini et que les décisions du conseil d'administration fassent partie du rapport annuel de l'agence.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Le renforcement de la confiance dans notre capacité à prendre en charge les éclosions et les menaces à la santé et au bien-être exigera une augmentation des moyens à l'échelon provincial. Ils devront également être visibles et accessibles, faire l'objet d'examens indépendants et être reflétés dans la transparence de la conception de la structure et des fonctions de l'agence.

Nous croyons que le processus de détermination des rôles du ministère et de l'agence, tels que définis plus loin dans ce chapitre, doivent être accompagnés de mécanismes appropriés pour informer les fournisseurs de soins de santé et les intervenants sur le terrain au fil de l'évolution du processus. Ce dernier doit également comprendre un mécanisme permettant de recueillir les conseils des spécialistes ne travaillant pas au ministère ou qui ne font pas partie du Comité d'experts.

B. Responsabilisation

i. Plan de rendement de l'agence

Dès qu'elle sera entièrement fonctionnelle, l'agence devrait être tenue de définir des objectifs annuels clairs, de rendre publics les progrès accomplis (et les objectifs qu'elle n'a pas atteints), d'évaluer son rendement par rapport aux objectifs et aux buts fixés et de préciser les facteurs ou les obstacles déterminants pour atteindre ces objectifs.

Le *British Columbia Centre for Disease Control* (BCCDC) est un bon exemple de transparence en matière de souci du détail et de rigueur démontrée dans les rapports sur le rendement annuels qu'il publie. Par exemple, le rapport 2003-2004 du BCCDC porte sur tous les aspects du travail de l'agence et sur les buts clairement définis pour l'année et il présente des mesures appropriées pour évaluer les progrès de l'agence. Ce rapport est disponible publiquement; il figure dans le site Web de l'agence[8]. Dans le même ordre d'idées, l'Institut national de santé publique du Québec produit un rapport sur le rendement portant sur les progrès, buts, objectifs, indicateurs et résultats. Ce rapport est disponible dans le site Web de l'institut[9]. Aucun plan d'une portée et d'une exhaustivité comparable n'existe à l'heure actuelle en matière de santé publique en Ontario.

ii. Processus de vérification

Les dépenses de l'agence doivent faire l'objet de vérifications annuelles et être déposées régulièrement devant l'Assemblée législative. Lorsque l'agence sera fonctionnelle, le Comité d'experts envisage de l'obliger à présenter ses états financiers vérifiés au médecin hygiéniste en chef. Ce dernier les fait parvenir au ministre, qui les dépose régulièrement devant l'Assemblée législative.

De plus, comme l'a souligné le rapport Naylor, il est clairement nécessaire de déclarer de manière précise et de rendre accessible les dépenses globales en santé publique ainsi que celles des bureaux de santé publique, notamment les coûts assumés par la province et les municipalités. Par conséquent, le ministère doit, soit modifier la manière de présenter les dépenses totales de santé publique, soit exiger que l'agence élabore une méthode afin de divulguer publiquement de manière claire et précise l'allocation des ressources aux échelons provincial et local.

C. Intégration d'une équipe d'experts multidisciplinaire

Pour être efficace, l'agence doit créer un fort réseau de spécialistes pour compléter les compétences qu'elle a réunies en son sein. Cela lui donnerait la capacité d'élargir la portée et la profondeur des connaissances auxquelles l'agence et, en fin de compte, les bureaux de santé et les fournisseurs de soins de santé auront accès de manière coordonnée et rationalisée.

Le Comité d'experts est bien conscient que la prochaine catastrophe qui se produira ou la prochaine maladie infectieuse qui apparaîtra sera vraisemblablement entièrement différente du SRAS. Des études récentes présentées à la *Royal Society* du Royaume-Uni suggèrent que jusqu'à 25 nouvelles maladies infectieuses sont susceptibles d'apparaître au cours des 30 prochaines années[10]; cela signifie qu'il faudra une vaste expertise pour anticiper, planifier et intervenir face à ces menaces sanitaires, expertise qui est assurément plus grande que celle pouvant exister dans une même agence.

Nous reconnaissons qu'une approche visant à se préparer de manière appropriée consiste à établir un réseau formel d'expertise scientifique pouvant être rapidement assemblé afin de relier les structures centrales de coordination proposées dans le présent rapport. Si cette approche est bien organisée et adéquatement intégrée, elle nous fournira les outils nécessaires pour intervenir de manière rapide, logique et rentable. C'est pourquoi l'agence devra disposer de lignes de communication clairement définies pour joindre, par exemple, les spécialistes de la lutte contre les infections, les nouvelles maladies, les maladies tropicales, les zoonoses, les maladies d'origine hydrique et alimentaire de même que, de manière générale, les spécialistes en menaces biologiques et radiologiques.

Dans ce domaine, le concept de « scientifique affilié » reconnu par les pairs peut prendre une importance capitale. Cette approche, utilisée par bon nombre d'organismes de recherche établis, permettrait à l'agence de mettre sur pied et de tirer parti d'une équipe de ressources spécialisées

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

dans plusieurs domaines et travaillant dans le cadre d'accords conclus avec l'agence. Bien qu'il ne soit pas réaliste de croire qu'une agence puisse embaucher un spécialiste pour toutes les nouvelles maladies et tous les risques de santé publique, il est raisonnable de s'attendre à ce que des voies de communication formelles soient établies pour accélérer l'accès à une gamme élargie de compétences scientifiques, accès mis à la disposition des fournisseurs locaux par l'entremise de l'agence.

Le Comité d'experts prévoit par conséquent que l'agence jouera le rôle d'une plaque tournante sur le plan organisationnel, facilitant ainsi l'accès à un réseau d'expertise scientifique et organisationnelle. Ce rôle ne peut qu'être renforcé grâce à une harmonisation avec l'agence de santé publique canadienne et des liens avec d'autres centres de recherche, agences et universités d'autres provinces.

L'Ontario dispose de l'expertise scientifique et technique nécessaire pour entreprendre cette tâche. Cependant, il lui manque actuellement un noyau organisationnel central autour duquel cette masse critique d'expertise peut être assemblée et liée aux efforts de première ligne déployés en santé publique, en intervention d'urgence et dans la lutte contre les infections. L'agence proposée pourrait jouer un rôle organisationnel précieux à cet égard.

Le Comité d'experts prévoit que tout ceci sera non seulement fondé en bonne part sur les travaux déjà entrepris pour créer un tel réseau, mais que cela augmentera également la portée de ces efforts informels grâce à la création d'un profil formel plus important, à l'augmentation des ressources spécialisées et à l'apport d'un soutien central ciblé. Cette approche permettrait également à la province d'améliorer le réseau d'expertise informel, et semi-formel à l'occasion, qui est déjà apparu en raison du SRAS.

D. Intégrité et crédibilité

Compte tenu des responsabilités que l'on propose de confier à l'agence en matière de preuves scientifiques et de recherche, des mécanismes doivent être mis en place pour faire en sorte que les rapports et produits de l'agence sont livrés en temps opportun.
Il est essentiel, pour la crédibilité d'une agence, que les modalités et la portée des rapports soient assez larges pour pouvoir faire état des constatations de ses recherches et des domaines qui doivent, selon elle, faire l'objet d'une attention particulière de la part de la province, des fournisseurs et du public.

Le Comité d'experts reconnaît que, en se fondant sur l'approche évoquée plus haut, une tension créatrice peut parfois exister entre les besoins du

ministère et la nature des preuves ou constatations produites ou consultées par l'agence. Cependant, pour que l'agence soit intègre et crédible, il est essentiel qu'elle dispose de l'autonomie nécessaire à la cueillette et à la publication des données factuelles.

L'agence proposée doit avoir l'autorisation formelle de mettre ses rapports à la disposition du public et des fournisseurs de soins de santé ainsi que de l'Assemblée législative par l'entremise du médecin hygiéniste en chef et du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Comité d'experts croit qu'il existe des modèles efficaces permettant d'établir une telle relation fonctionnelle. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) ont déjà établi des protocoles avec divers ordres de gouvernement en vertu desquels ils doivent les aviser de leurs publications prévues, tout en ayant une autonomie clairement définie en ce qui concerne le contenu de leurs travaux. Ce principe a fait ses preuves dans la pratique et devrait être émulé tant dans les ententes que dans la loi constitutive régissant l'agence, en plus des mécanismes de protections proposés pour le médecin hygiéniste en chef.

i. Rapport sur la santé des Ontariennes et Ontariens

Alors que la nature et le type de rapports qui sont requis changeront au fil du temps, la préparation de rapports formels doit aller de pair avec les pouvoirs nécessaires à celle des preuves et des études d'intérêt en matière de santé publique en Ontario. Le Comité d'experts prévoit que les rapports comprendront ce qui suit :

- un rapport annuel ou biannuel sur l'état de santé en Ontario, produit en collaboration avec le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), avec l'IRSS et d'autres partenaires de recherche appropriés à l'échelon provincial et national;
- des rapports sur les nouvelles menaces et les risques de santé publique;
- des rapports sur des questions précises commandés par le médecin hygiéniste en chef;
- un bilan sur la lutte contre les infections en Ontario.

ii. Rapport sur le rendement de la santé publique

Dans son rapport préliminaire, le Comité d'experts a recommandé l'élaboration d'un rapport annuel sur le rendement de la santé publique en Ontario. Nous prévoyons que l'agence, en collaboration avec des organismes de recherche tels que l'IRSS, fournirait un soutien et des conseils techniques concernant l'élaboration d'un tel rapport.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Ce dernier présenterait un état des progrès réalisés dans diverses composantes de la santé publique, telles que les évaluations des ressources humaines et des moyens d'assurer la santé publique, les technologies de l'information, les infections nosocomiales, la conformité aux *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*[11] et l'épidémiologie.

E. Soutien intersectoriel : vaincre le cloisonnement

Un des avantages pratiques de la création d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario est l'occasion de regrouper et de renforcer plusieurs fonctions actuellement séparées, mais qui sont pourtant reliées. Nous devons effectuer ce regroupement d'une manière qui nous aidera à régler un des principaux désavantages de notre système, lequel a été mis en évidence très clairement durant l'éclosion du SRAS : la fragmentation et parfois le manque d'uniformité entre les approches actuelles de santé publique, de lutte contre les infections et de gestion des risques sanitaires qui chevauchent les secteurs.

Pensons aux différences qui existent actuellement entre notre approche des infections acquises dans la communauté et celle des infections nosocomiales, c'est-à-dire les infections acquises dans les établissements de santé. Par exemple, un virus contracté dans la communauté qui se propage dans un établissement de soins actifs peut entraîner des coûts et des perturbations énormes en ce qui a trait aux soins aux patients. La coordination locale limitée et l'absence d'un organisme central soutenant une approche coordonnée entre les institutions et les collectivités publiques demeure un point vulnérable du système. Bien que des exceptions aient commencé à apparaître à l'échelon local après l'éclosion du SRAS, faire en sorte que ces développements positifs atteignent leur plein potentiel exigera un soutien provincial formel et une infrastructure. L'agence a un rôle clé à jouer en cette matière.

C'est pourquoi il ne faut pas lui permettre de devenir un vecteur de cloisonnement parmi tant d'autres. Dans le cadre de sa vision fondatrice, elle doit plutôt avoir la responsabilité d'appuyer les approches coordonnées en matière de lutte contre les maladies infectieuses qui chevauchent les secteurs et qui renforcent la collaboration aux échelons locaux et régionaux.

F. Partenariats

Étant donné le nombre de facteurs de risque pour la santé humaine et les frontières juridictionnelles et historiques existantes sur le plan des mandats, même les agences les plus avancées et les mieux dotées en

ressources doivent collaborer avec de nombreuses agences, gouvernements et structures sur une base quotidienne pour atteindre leurs objectifs.

Aucune agence efficace ne fonctionne de manière isolée. Une agence efficace cultive et gère plutôt de nombreux liens de dépendance et des interrelations complexes avec ses partenaires à divers niveaux. Par ailleurs, le modèle d'agence pour l'Ontario n'est qu'un élément de la solution : il s'agit d'un véhicule possible pour améliorer certaines activités essentielles qui, si elles sont accomplies en partenariat avec d'autres intervenants, permettront de progresser.

G. Culture des ressources et du service

La mise sur pied et le lancement d'une agence en Ontario ne doivent pas être simplement vus comme un déplacement de structures. Le processus offre à la province la chance de s'éloigner de la relation parfois marquée par l'antagonisme qui semble s'être installée entre les bureaux de santé publique locaux et la Division de la santé publique du ministère. Une partie de cette tension peut être le résultat des rôles multiples joués par la Division de la santé publique existante, des demandes conflictuelles à l'égard du temps des membres du personnel et des tensions inhérentes au fait d'être à la fois gestionnaire et conseiller. Il faut également noter que les virages turbulents et dramatiques en matière de financement et de politiques qui sont survenus à l'échelon provincial au cours des années 1990 n'ont pas aidé à cultiver cette relation.

Le Comité d'experts a constaté que les fournisseurs de soins de santé et les membres du personnel des bureaux de santé publique désirent voir une structure centrale plus efficace et dynamique qui offre du soutien et qui est dotée d'un mandat de collaboration avec les fournisseurs de soins de santé et les fonctionnaires de la santé publique pour les aider à faire leur travail efficacement.

Cet équilibre peut-il être atteint? Le Comité d'experts croit fermement que l'atteinte de cet objectif exige des modifications de la structure organisationnelle ainsi que des virages culturels et un réalignement sur les priorités à l'échelon central. Au niveau de l'agence, il faut passer d'un rôle de superviseur à celui de ressource et de soutien tant sur le terrain que pour le ministère.

En un mot, passer à une structure d'agence ne doit pas revenir à faire la même chose qu'avant au sein d'un organisme différent : cette transformation offre une occasion unique de promouvoir un changement de la culture et de l'orientation au cœur du système. En gardant cette notion à

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

l'esprit, le Comité d'experts prévoit que l'on confiera clairement à l'agence la responsabilité de collaborer avec les bureaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé et de leur offrir un soutien concret. Les bureaux de santé publique, les hôpitaux et les fournisseurs de soins de santé ont affirmé sans équivoque qu'ils ne voient aucune nécessité d'ajouter un gestionnaire ou un superviseur supplémentaire. Cependant, ils ont demandé haut et fort des outils fiables et efficaces, de la formation de même qu'un soutien connexe.

3. Gouvernance

La structure de l'agence doit promouvoir la responsabilisation et l'ouverture. Nous proposons que les composantes suivantes soient incorporées dans les travaux de fondation de l'agence.

A. Relations avec le médecin hygiéniste en chef et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le Comité d'experts recommande que le médecin hygiéniste en chef agisse à titre de chef stratégique de l'agence et que des modifications législatives appropriées l'autorisent à faire des déclarations indépendantes. Sur le plan fonctionnel, l'agence doit compter un président-directeur général qui sera responsable du fonctionnement et qui guidera les travaux de l'agence sur le plan scientifique.

Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts a souligné la nécessité d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à parler de manière indépendante sur des sujets pressants de santé publique et d'en faire rapport directement à l'Assemblée législative.

Nous avons présenté des approches employées en Colombie-Britannique et au Manitoba pouvant offrir des pistes de réponse et nous avons reconnu que la latitude conférée au médecin hygiéniste en chef pour l'autoriser à faire des déclarations publiques a des répercussions sur la structure de l'agence.

Il est logique que ce dernier soit responsable de la direction stratégique globale de l'agence et qu'il puisse également demeurer au sein du ministère sans compromettre l'autonomie et l'indépendance de l'agence à condition que l'Ontario officialise la protection et les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef de faire des déclarations publiques. Son autonomie étant assurée, le médecin hygiéniste en chef peut publier les travaux de l'agence efficacement et en temps opportun. Dans ce schéma, l'agence détiendrait le pouvoir de publier les rapports dans les 30 jours si le médecin hygiéniste en chef ne le fait pas lui-même.

Le Comité d'experts est bien conscient du risque de confusion des rôles en cas de crise majeure si les relations entre le dirigeant de l'agence, le médecin hygiéniste en chef, Mesures d'urgence Ontario et l'Unité de gestion des situations d'urgence du ministère ne sont pas bien définies et si elles ne sont pas d'une clarté exceptionnelle pour le gouvernement, les intervenants sur le terrain et le public.

La possibilité de la création d'une nouvelle agence canadienne de santé publique augmente quelque peu la crainte de la confusion des rôles, tout comme la nomination imminente d'un nouveau médecin hygiéniste en chef canadien ainsi que les relations encore indéterminées entre l'agence fédérale, le médecin hygiéniste fédéral et les provinces et les territoires. À l'échelon provincial, du moins, il convient d'insister sur la clarté à cette étape.

Autrement dit, le Comité d'experts croit que, si le médecin hygiéniste en chef ne dispose pas du pouvoir légal de faire des déclarations publiques sur des questions pressantes de santé publique ou de rendre publiques les preuves scientifiques portant sur la santé de la collectivité, l'agence doit alors disposer d'une plus grande autonomie à l'égard du ministère et du gouvernement que celle que l'on propose actuellement.

Cependant, si le médecin hygiéniste en chef dispose du pouvoir de faire des déclarations publiques, il est alors possible de tirer parti à la fois des avantages sur le plan de la dextérité, de l'agilité et de la masse critique conférés par la structure d'agence et des avantages d'une direction unique et des liens formels visant à élargir le processus décisionnel en matière de soins de santé.

B. Conseil d'administration

i. Structure du conseil d'administration

Un conseil d'administration composé de spécialistes nommés supervisera l'exécution du mandat de l'agence. L'adoption d'une structure formelle de conseil d'administration responsable de la supervision des objectifs financiers et opérationnels de l'agence permet également une surveillance plus poussée et plus grande une participation des spécialistes des divers secteurs. Il s'agit d'une approche qui a été adoptée dans de nombreuses collectivités publiques, notamment lors de la création récente de la nouvelle *UK Health Protection Agency*[12].

Les membres du conseil d'administration doivent représenter une gamme de compétences appropriées sur lesquelles l'agence pourra s'appuyer. Le Comité d'experts met le gouvernement en garde d'éviter

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

de constituer le conseil d'administration de membres affiliés à un organisme ou à une association particulière, puisque l'objectif est d'obtenir une masse critique de compétences diverses pour diriger l'agence, et non de réunir des représentants des organismes de santé. De toute évidence, il sera essentiel que l'agence établisse des liens avec les organismes de fournisseurs de soins de santé afin d'être acceptée et de gagner en crédibilité; toutefois, cet objectif peut être atteint par l'entremise d'autres mécanismes qu'une structure formelle de conseil d'administration.

Un conseil d'administration efficace doit également faire preuve d'une expertise solide en matière de gouvernance et avoir la capacité de transmettre le message de l'agence au-delà des bureaux de santé publique. À cet égard, le Comité d'experts constate un besoin précis en matière de spécialistes dans les domaines des laboratoires, du secteur hospitalier, des fournisseurs de soins communautaires. Nous croyons également qu'il sera nécessaire de recruter des personnes possédant une expérience démontrée sur le plan de la gouvernance d'agences.

La structure de conseil d'administration offre également un véhicule pratique et approprié par lequel le ministère, l'agence fédérale et l'agence provinciale peuvent être liées plus efficacement. Ce modèle permet la soumission de nominations croisées et le recours à des représentants nommés d'office, tissant ainsi des liens plus formels entre les organismes fédéraux et provinciaux. Au terme de ses discussions, le Comité d'experts a conclu que la structure finale du conseil d'administration doit également inclure des représentants du public.

Nous recommandons également que le médecin hygiéniste en chef soit un membre du conseil d'administration nommé d'office pour qu'il y ait un lien entre la direction en général et le fonctionnement de l'agence.

Évidemment, la structure de conseil d'administration n'est pas une panacée et elle devra coexister avec une gamme d'autres mécanismes appropriés pour assurer la transparence de l'agence.

ii. Processus de nomination des membres du conseil d'administration
Afin d'obtenir les avantages décrits plus haut, il convient de porter une attention particulière aux personnes qui siègeront au conseil d'administration et à la manière dont elles sont nommées.

En raison de l'importance accordée actuellement à la gouvernance et à la responsabilisation, les membres et les mécanismes de recrutement doivent faire preuve de transparence. Bien que les membres du conseil d'administration puissent être nommés par décret, il sera important de les choisir en fonction de leur crédibilité et de leur expertise et non en

fonction de leur orientation politique. Pour faciliter cela, le processus de sélection des membres du conseil d'administration devra être transparent et comporter un examen externe des candidats retenus par l'entremise d'un processus soumission de candidature ou de nomination. Idéalement, un organisme d'examen éminent, indépendant et composé de spécialistes devrait être chargé d'élaborer une liste candidats au poste de membres du conseil d'administration qui servira à faire le choix final. La liste devrait compter un grand nombre de candidats (une douzaine, par exemple) parmi lesquels le ministre choisit huit à dix candidats. À titre de mécanisme supplémentaire visant à assurer une continuité au sein du conseil d'administration, nous recommandons que les membres du conseil d'administration soient nommés progressivement (c'est-à-dire que leurs mandats sont décalés les uns par rapport aux autres).

C. Loi constitutive

La loi constitutive et les protocoles d'entente détaillés qui décrivent les liens avec le ministère, Mesures d'urgence Ontario et d'autres parties devra vraisemblablement codifier formellement les fonctions particulières de l'agence proposée.

La récente *Loi sur la santé publique*[13] du Québec et la loi constitutive de l'Institut national de santé publique du Québec[14] sont d'excellents exemples de la manière dont des lois ont clairement précisé les rôles et responsabilités des régions dans le domaine de la santé publique. En outre, ils ont précisé puis constitué des rôles essentiels concernant les urgences sanitaires.

La loi relative à l'institut définit clairement ses rôles et responsabilités et s'agence bien avec la *Loi sur la santé publique*, d'envergure très large. Une clarté législative semblable sera nécessaire en Ontario concernant les aspects centraux des lois provinciales (comme la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*), la loi sur la protection de la santé qui pourra être créée à l'échelon fédéral ainsi que les lois privées existantes et à venir.

Il est également clair que si l'on demande à l'agence d'entreprendre des activités de surveillance des maladies infectieuses et de prendre d'autres mesures de surveillance de l'état de santé, elle devra disposer du pouvoir nécessaire pour recueillir, utiliser et divulguer des renseignements personnels sur la santé. Cela peut aussi exiger la modification des lois et le passage d'une loi provinciale lui conférant expressément ce pouvoir.
De plus, en cas d'éclosion, ou pour les besoins d'une vérification, il pourra s'avérer nécessaire que des renseignements sur la santé soient transmis au-delà des frontières de la collectivité publique, ce qui exigera une

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

harmonisation avec les lois fédérales pour s'assurer que le réseau d'agence puisse fonctionner de manière unifiée.

En présentant des lois pour asseoir le rôle de la nouvelle l'agence, l'Ontario aurait également la chance d'entendre les commentaires de l'Assemblée législative et du public dans le cadre d'une approche formelle et structurée.

Le Comité d'experts a étudié les résultats des travaux entrepris par la Commission européenne, l'organe exécutif de l'Union européenne, en vue de créer un cadre fondateur pour le Centre européen pour le contrôle des maladies. Nous avons été informés des travaux menés au Royaume-Uni pour créer la *UK Health Protection Agency* à titre d'agence régie par une loi.

Dans l'avant-projet de loi constitutive de l'agence, nous encourageons le ministère à étudier les nombreuses lois en vigueur dans d'autres collectivités publiques qui portent sur des questions telles que la gouvernance, le conflit d'intérêt, le règlement des différends et la délégation des pouvoirs.

4. Financement du programme

Une des principales différences entre les modèles canadiens d'agence de santé publique et le CDC des États-Unis est que l'un des nombreux rôles de ce dernier consiste à octroyer un financement important aux échelons des états et des localités pour programmes autorisés et financés par le Congrès. Dans certains États, jusqu'à 70 % du financement en santé publique est constitué de fonds approuvés par le Congrès et versés par le CDC aux échelons locaux. Le CDC peut exercer un certain contrôle sur les objectifs stratégiques en raison de ses responsabilités en matière de financement, toutefois, le *Department of Health* et le Congrès jouent en fin de compte un rôle prédominant dans l'établissement des priorités.

Le Comité d'experts a discuté de la possibilité de donner à l'agence ontarienne proposée un rôle de financement au nom du ministère, rôle dont la responsabilité consisterait à verser les fonds à l'échelon des bureaux de santé publique. Cependant, nous avons décidé de ne pas proposer un tel modèle à cette étape, pour les raisons d'importance suivantes :

a) risque de bureaucratisation
En Ontario, la grande majorité des coûts liés aux soins de santé sont financés par la province. C'est à cet échelon que l'infrastructure et les processus de dotation en effectifs sont en place pour effectuer ces fonctions. Dédoubler cette infrastructure au sein de l'agence

augmenterait inutilement la bureaucratie et les frais pour l'agence proposée.

Et la situation se complique encore si l'on tient compte du rôle des municipalités dans le financement direct de la santé publique en Ontario.

b) conseiller et financier
Le Comité d'experts se demande également si assumer les rôles de conseiller et de financier à un stade précoce du développement de l'agence ne représenterait pas un défi.

Jouer ce rôle est probablement plus difficile à l'échelon provincial que national, étant donné le degré de séparation qui existe généralement au gouvernement fédéral entre les services de première ligne et le financement. Puisque l'une des premières tâches de l'agence consiste à donner confiance dans l'intégrité des renseignements et services offerts, il n'est pas judicieux de mettre l'agence dans une position où ses conseils pourraient être critiqués parce qu'ils seraient motivés par des préoccupations fiscales.

c) fragmentation du financement
Nous sommes préoccupés par le fait que, compte tenu de la séparation municipale/provinciale/fédérale actuelle en matière de financement, l'ajout d'une autre source de financement par l'entremise de l'agence, en plus de nombreux programmes additionnels (comme le programme « Bébés en santé, enfants en santé ») qui sont financés à 100 % par la province et qui ne feraient pas partie de l'agence à court terme, pourrait fragmenter davantage une situation déjà confuse.

Le financement de la santé publique pourrait alors provenir du ministère pour certains programmes et de l'agence pour certains autres programmes, au fur et à mesure de son évolution. Tout cela peut apporter confusion et dédoublements et s'avérer indésirable, particulièrement dans les premiers stades de développement de l'agence.

5. Secteurs fonctionnels essentiels

La section suivante décrit plus en détail chacun des secteurs fonctionnels indiqués dans le diagramme ci-dessus.

A. Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

En matière de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, le Comité d'experts voit un besoin évident d'établir un centre de ressources,

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

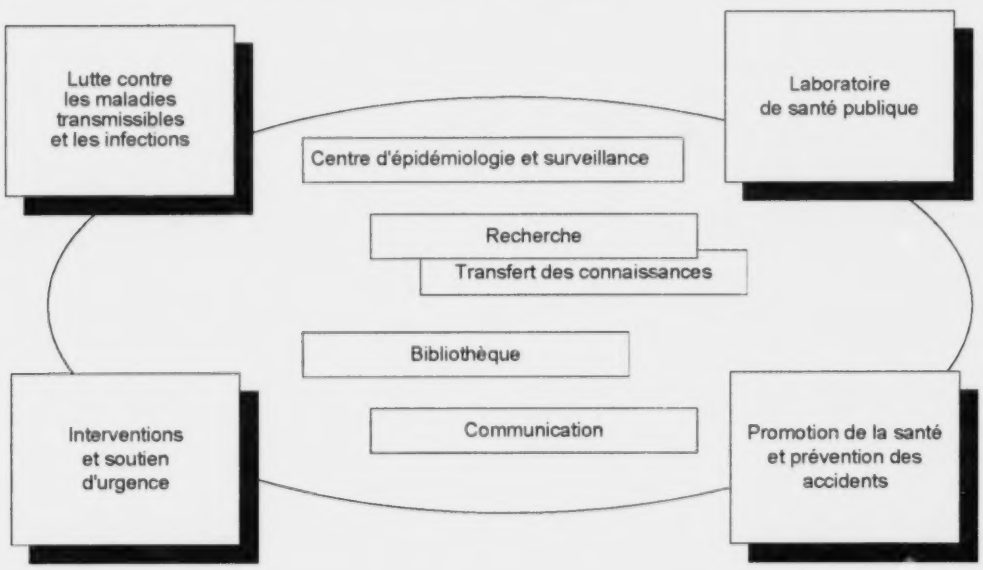
Glossaire

d'information et de soutien sous la forme d'un département de lutte contre les maladies transmissibles et les infections.

Nous croyons que l'expertise scientifique et opérationnelle devrait être centralisée. Avec le temps, ce département de l'agence pourrait agir à titre de ressource et de soutien pour les bureaux de santé publique et le secteur des soins de santé en général, idéalement par le biais des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections discutés en détail au chapitre 2.

Le Comité d'experts prévoit donc que la nouvelle agence jouerait un rôle spécifique pour aider au traitement tant des infections nosocomiales que des maladies transmissibles.

Figure 1 : Secteurs fonctionnels clés de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario



La figure 1 illustre les secteurs fonctionnels clés de l'agence et souligne les quatre fonctions transversales fondamentales qui comprennent la surveillance, la recherche et le transfert des connaissances, la bibliothèque et les communications. Ces fonctions ne sont pas exclusives; elles sont plutôt intimement reliées et servent de fondation au soutien, à la promotion et à la protection de la santé publique en Ontario. Une fois fonctionnelle, l'Agence pourrait voir son mandat élargi à des secteurs supplémentaires, tels que la promotion de la santé et la prévention des infections.

À une période où les infections nosocomiales ont été identifiées comme un problème grandissant qui ne reçoit pas toute l'attention voulue (problème qui, selon les estimations de certains, cause environ 8 000 morts par an au Canada[15]), le Comité d'experts voit là une occasion d'élaborer un soutien central cohérent qui mobilise l'expertise dans le domaine des maladies transmissibles et de la lutte contre les infections et reconnaît que les répercussions de maladies contractées dans la communauté peuvent se faire sentir au-delà des limites de la communauté. Nous reconnaissons également que les infections contractées en milieu hospitalier sont un risque important qui est, selon le type d'éclosion, actuellement quasi invisible pour les patients, les fournisseurs de soins de santé et la communauté.

Pour mieux unir nos efforts, nous devons aussi entreprendre une évaluation de la limpidité et de la définition des rôles soulignées dans le rapport préliminaire. Cela signifie qu'il faut examiner et clarifier les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* en ce qui concerne les activités hospitalières et ce, en fonction du rôle des bureaux de santé publique. Le Comité d'experts souligne à nouveau la nécessité qu'une telle évaluation soit entreprise sur une base inclusive afin de parvenir à une plus grande clarté entre les secteurs.

La nouvelle agence devrait avoir pour principe opérationnel essentiel l'amélioration des domaines de coopération partagés auxquels elle pourrait apporter un bassin commun de ressources auxquelles divers secteurs auraient accès. Ce point commun aiderait à bâtir une base de connaissances et de ressources partagées entre les secteurs sur le terrain et, ce faisant, à améliorer aussi bien notre cohérence que notre capacité d'intervention.

Créer une agence en tant qu'« agence unique desservant des clients multiples » empêcherait qu'une telle entité émergente soit perçue comme n'étant pertinente que pour le secteur de la santé publique ou pour le secteur des soins actifs.

Un département de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections est une composante clé de toute nouvelle agence, au même titre que l'élaboration d'un comité provincial interdisciplinaire de lutte contre les infections. Nous sommes d'avis que la province a besoin d'un seul comité permanent et de réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, tous soutenus par le personnel spécial approprié. Comme nous l'avons recommandé, les réseaux provinciaux et régionaux devraient fonctionner comme un organe visant à améliorer la cohérence, la coordination et l'utilisation des données et à soutenir les soins et les services d'un vaste éventail de secteurs. Ce modèle est exploré en détail au chapitre 2.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

B. Renforcer les ressources de laboratoire

La capacité de fournir rapidement des renseignements précis à ceux qui sont engagés dans la structuration de l'analyse épidémiologique de la province de même que dans la supervision des efforts de surveillance est essentielle pour assurer l'efficacité du système de surveillance efficace et l'adaptabilité d'un système de santé publique.

Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts soulignait la nécessité d'harmoniser le système de laboratoire aux fonctions d'épidémiologie et de surveillance de la santé publique. Nous demandions également d'agir immédiatement afin de répondre à l'importante pénurie en matière d'expertise microbiologique et de leadership médical dont souffre actuellement le Laboratoire central de santé publique.

Dans une perspective à long terme, le Comité d'experts suggère fortement que la province cherche à installer un Laboratoire central de santé publique revitalisé au sein de l'agence. Cette entreprise exige la mise sur pied graduelle d'un laboratoire; l'Ontario devrait poursuivre fermement cet objectif, en plus d'obtenir le soutien du fédéral pour aider à sa réalisation. Le Comité d'experts est aussi convaincu qu'il existe d'importantes occasions d'établir des liens officiels et beaucoup plus étroits entre le Laboratoire central et l'infrastructure de laboratoires des plus grands centres hospitaliers universitaires ontariens. Le ministère devrait chercher activement à conserver la vocation et la vision du Laboratoire central de santé publique tout en s'assurant qu'il fait partie d'une masse critique d'expertise plus étendue. Pour ce faire, il serait nécessaire d'entretenir des partenariats appropriés avec les réseaux de laboratoires aux échelons fédéral et provincial.

Un symbole évident de l'efficacité des agences de Colombie-Britannique et du Québec est la présence de l'expertise de laboratoire au sein des structures d'agence. Ce partage des locaux permet un examen rapide sur le terrain des questions émergentes et assure que l'échange des points de vue de ceux qui effectuent les tests et analyses de laboratoire relatifs à la surveillance et aux interventions sont intégralement et directement liés aux efforts fournis par l'ensemble de l'équipe.

Il ressort clairement des résultats de l'examen disponibles à ce jour que, bien que la question de l'harmonisation soit importante, elle devrait être replacée dans le contexte plus large de la nécessité de revitaliser le système de laboratoire de santé publique et, plus que tout autre, le Laboratoire central de santé publique lui-même. Pour répondre à ce besoin, le Comité d'experts s'est inspiré d'avis indépendants, d'une première étude comparative sur le système ontarien de laboratoire de santé publique ainsi que sur les systèmes de huit autres collectivités publiques.

i. Données comparatives

Le Comité d'experts maintient les recommandations énoncées dans le rapport préliminaire relatives à la capacité des laboratoires. Toutefois, nous tenons à faire une mise en garde : selon l'étude comparative entreprise, nous croyons que la recommandation de procéder immédiatement à l'embauche de deux médecins microbiologistes chevronnés repose sur une sous-estimation de l'ampleur des besoins. Le Comité d'experts demande que ce chiffre soit immédiatement doublé car, au moment de la rédaction du rapport préliminaire, deux médecins microbiologistes étaient déjà en poste. À la lumière des données que nous avons examinées, il est clair qu'au moins quatre postes supplémentaires sont nécessaires afin d'atteindre un niveau acceptable de soutien dans le domaine de la microbiologie. Les deux postes actuels de médecins microbiologistes sont clairement inadéquats pour une population de la taille de l'Ontario, une réalité qui se confirme lorsqu'on effectue une comparaison avec d'autres collectivités publiques.

En recommandant que le laboratoire central s'harmonise avec la structure de l'agence, le Comité d'experts est conscient qu'il sera nécessaire d'établir une relation efficace continue avec le ministère et avec un certain nombre de programmes connexes à l'échelle du système de laboratoires publics et privés de l'Ontario. À titre d'exemple, notons le programme de gestion de l'assurance de la qualité des services de laboratoire qui est fourni par le système actuel et la nécessité de s'assurer que, même lorsqu'il opérera au sein de l'agence, le Laboratoire central de santé public devra pouvoir accéder au soutien de ce programme.

La réorientation du laboratoire est une composante complexe et essentielle de la conception de l'agence. Dans la section de ce chapitre portant sur un scénario de mise en œuvre, le Comité d'experts met l'accent sur une série d'étapes fondamentales nécessaires pour s'assurer que cette réorientation contribue à atteindre l'objectif stratégique que constitue l'établissement d'un laboratoire solide et revitalisé, œuvrant au cœur d'une agence efficace, et qu'elle ne soit pas simplement un changement dans un organigramme.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Collectivités publiques	Dotation en personnel	Extrapolation pour une population de 12 millions d'habitants (taille de l'Ontario)
Michigan	L'État du Michigan est celui qui se rapproche le plus de l'Ontario sur le plan du nombre d'habitants et des caractéristiques. Le *Public Health Laboratory* (PHL) de l'État du Michigan a indiqué qu'il comptait deux docteurs en pharmacologie à des postes de direction, un docteur en médecine et médecin microbiologiste à un poste de direction, neuf scientifiques de niveau doctoral (dans différentes sous-spécialités de microbiologie, ainsi que quatre spécialistes en médecine moléculaire). Cette situation devrait être considérée minimale du fait que le PHL de l'État du Michigan souffre à l'heure actuelle d'une certaine pénurie au niveau du personnel.	• 3,6 (combinaison de microbiologistes et de médecins de santé publique) • 1 directeur de laboratoire médical • 10,8 scientifiques de niveau doctoral (clinique et recherche)
Colombie-Britannique	Les Services de laboratoire du Centre de prévention des maladies (Centre for Disease Control) de la Colombie-Britannique indiquent s'être dotés de 3,8 microbiologistes ÉTP et de 3,3 scientifiques de niveau doctoral. Globalement, le laboratoire de la Colombie-Britannique a le type de mandat envisagé pour le Laboratoire central de santé publique de l'Ontario. La population de l'Ontario est environ trois fois celle de la Colombie-Britannique.	• 11,4 microbiologistes médicaux (y compris le directeur du laboratoire médical) • 9,9 scientifiques de niveau doctoral (clinique et recherche)

ii. Lien avec la recherche zoonotique et la recherche sur l'hygiène vétérinaire

Il y a beaucoup à apprendre sur les connaissances, la science et la recherche en matière d'hygiène vétérinaire et leurs relations avec la protection de la santé humaine. À cet égard, le Comité d'experts croit qu'il y a d'excellentes occasions, tant au niveau des laboratoires qu'à celui de la recherche, de former des liens solides entre l'agence et des organismes fédéraux tels que la Division des infections d'origine hydrique, alimentaire et zoonotique et le laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, tous deux situés à Guelph. Nous encourageons activement la création de réseaux dans ce domaine.

C. Soutien aux mesures et interventions d'urgence

Le Comité d'experts reconnaît que la motivation derrière la création d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario naît d'une réflexion sur les expériences et les défis auxquels sont confrontés les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement dans la gestion de l'éclosion du SRAS. Par conséquent, il est compréhensible que certains soutiennent qu'une nouvelle agence devrait obtenir le mandat officiel de gérer toutes les urgences de santé en Ontario. Le Comité d'experts ne partage pas cette opinion.

Tout d'abord, même en restant dans les limites d'un événement ayant des répercussions sur le système de santé, il n'existe actuellement aucune agence qui ait une autorité directe sur certaines des composantes les plus importantes des interventions d'urgence et de leur gestion – qu'il s'agisse des CDC aux États-Unis ou de la *Health Protection Agency* au Royaume-Uni. En cas d'urgence sanitaire à l'échelle d'un État, le CDC américain est généralement appelé à la rescousse par les autorités gouvernementales concernées. Sur une plus grande échelle, le CDC travaillera fréquemment avec une autre agence responsable ou avec les responsables locaux sur le terrain.

Selon la nature de l'urgence, ce peut être le responsable de santé publique à l'échelon de l'État ou le chef des services d'intervention d'urgence qui sera chargé d'intervenir. Dans la plupart des États américains dotés d'agences de santé publique relevant de l'État, il est courant d'avoir une capacité générale d'intervention d'urgence au sein des départements de la santé de l'État et au sein de l'agence fédérale de santé publique. Cette approche est rationnelle lorsqu'on considère le vaste éventail de composantes qui pourraient être sollicitées lors d'une situation d'urgence, nommément les systèmes d'interventions d'urgence et hospitalier, les fournisseurs de soins à la communauté, etc.

Le Comité d'experts considère toutefois qu'il est nécessaire d'intégrer la capacité d'appoint au sein de l'agence et de renforcer la capacité de soutien pour certains aspects essentiels de l'intervention d'urgence. Ceci pourrait comprendre l'offre d'un éventail d'outils de soutien pratique sur le terrain, la diffusion au besoin des alertes sur des questions médicales émergentes et, si nécessaire, les avis scientifiques et techniques. Autant d'activités qui sont cohérentes avec le mandat global de l'agence.

Les principales fonctions envisagées pour l'agence dans le domaine des interventions d'urgence sont :

- de donner des conseils et un soutien scientifiques et techniques;
- de jouer le rôle de canal d'information pour les intervenants sur le terrain et pour le ministère;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- d'agir comme une « fenêtre ouverte » pour un réseau plus vaste de spécialistes scientifiques;
- d'abriter la capacité d'appoint fondamentale dans le secteur de la santé publique;
- d'émettre des alertes en temps opportun et ce, tant pour les intervenants sur le terrain que pour le ministère;
- d'évaluer le risque à partir de méthodes scientifiques;
- de fournir un soutien scientifique d'épidémiologie aux intervenants sur le terrain en fonction de la demande.

À cet égard, le Comité d'experts constate l'existence d'un besoin constant d'établir une capacité centrale chargée de renforcer les services d'intervention d'urgence dans l'ensemble du système de santé. Elle devrait se retrouver dans les locaux de l'Unité de gestion des situations d'urgence du ministère, tel que proposé dans le rapport préliminaire.

Parallèlement à la création de l'agence, il sera nécessaire de mettre en place un processus formel afin de définir précisément les rôles et responsabilités de Mesures d'urgence Ontario et du ministère, y compris ceux du médecin hygiéniste en chef et de l'Unité de gestion des situations d'urgence récemment constituée.

Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts recommandait d'effectuer un examen des lois existantes définissant les pouvoirs liés aux questions d'urgence et afférentes, en vue d'établir un système d'intervention progressive en cas d'urgence sanitaire. Le Comité d'experts reconnaît que, même s'il existe plusieurs manières d'élaborer un tel système d'intervention, des lois claires lui conférant suffisamment de pouvoir seront néanmoins nécessaires. Un système d'intervention progressive peut être élaboré par l'entremise d'une approche basée sur des politiques et des protocoles en fonction des risques spécifiques auxquels il faut faire face. De plus, il est important que les lois ayant trait aux pouvoirs provinciaux en matière d'urgence soient harmonisées avec celles en vigueur à l'échelon fédéral afin que les interventions d'urgence soient coordonnées avec l'ensemble du pays.

D. Promotion de la santé et prévention des blessures

Le Comité d'experts reconnaît que les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des blessures font partie intégrante du système de santé publique. La crise du SRAS qu'a connue l'Ontario a mis en lumière le défi de santé publique que représentent les maladies infectieuses. Toutefois, la prévention et la lutte contre les maladies chroniques continuent d'être une priorité fondamentale pour la santé des Ontariennes et des Ontariens. Les activités de promotion de la santé et de prévention

des blessures se sont concentrées sur les facteurs de risque associés aux maladies chroniques, utilisant des stratégies multiples et complémentaires (politiques publiques en matière de santé, mobilisation des communautés, éducation, marketing social) dans des environnements variés tels que les communautés, les écoles, les lieux de travail et les hôpitaux.

Depuis longtemps, l'Ontario fait preuve d'innovation en ce qui a trait à l'élaboration et au soutien de la promotion de la santé ainsi qu'aux stratégies de prévention des blessures aux échelons local et provincial. Le ministère a joué un rôle important dans le soutien de ces innovations grâce à des stratégies et des programmes spécifiques (programme d'action pour un cœur en santé, stratégie de prévention des accidents vasculaires cérébraux, tabagisme, etc.), des bourses ciblées pour programmes et recherches, des campagnes, ainsi que dans la mise sur pied d'un système visant à constituer une capacité de praticiens dans le domaine de la promotion de la santé (Réseau des centres ontariens de ressources en promotion de la santé). Le paysage de la promotion de la santé en Ontario est complexe et comprend des activités entreprises par de nombreux acteurs tels que les bureaux de santé publique, les CSC, les hôpitaux, les groupes communautaires, les organismes à but non lucratif locaux et provinciaux ainsi que de nombreux partenariats et réseaux.

Protection et promotion vont de pair. Les agences de santé publique dans d'autres collectivités publiques comptent ou prévoient ajouter la promotion de la santé à leur mandat. Par exemple, les discussions qui se tiennent actuellement sur le mandat proposé pour l'agence fédérale portent notamment sur les responsabilités relatives aux maladies non transmissibles et la promotion de la santé. Le BCCDC (centre pour le contrôle des maladies de Colombie-Britannique) prévoit augmenter ses services afin d'inclure la promotion de la santé. Sur le plan international, deux des CDC des *National Centers* américains concentrent leurs efforts sur la prévention et le contrôle des blessures ainsi que sur la promotion de la santé. À ce sujet, il est particulièrement intéressant de noter que, de façon générale, les agences de santé publique ont tendance à d'abord concentrer leurs efforts sur les maladies transmissibles et les maladies infectieuses, pour ensuite se pencher sur l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention des blessures.

Le Comité d'experts croit que, pour que l'Ontario ait une agence efficace qui promeuve et protège la santé des Ontariennes et Ontariens, elle doit avoir pour principale fonction, entre autres, la promotion de la santé et la prévention des blessures. Nous reconnaissons l'importance que représente le développement d'une expertise, de partenariats et d'une capacité d'aider et de soutenir de manière concrète dans le cadre d'un programme global de promotion de la santé. Pour faire en sorte que la vision d'une agence

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

centrale ne soit pas perdue dans l'approche proposée de mise en œuvre progressive, il est fortement recommandé que, au cours de la troisième année, l'agence présente un cadre de plan de travail et d'élaboration décrivant les étapes et le calendrier de réalisation pour assurer la promotion de la santé et de ses fonctions à grande échelle.

E. Transfert des connaissances et recherche

i. Créer des partenariats avec les universités ainsi que les institutions de recherche et de soins de santé, et renforcer ceux qui existent

Plus haut dans ce chapitre, nous avons exposé en détail la nécessité que l'agence développe un réseau d'experts en recherche et dans le domaine clinique dont elle pourrait profiter. Plusieurs modèles d'agences de santé publique et de promotion de la santé que le Comité d'experts a examinés ont un dénominateur commun : les liens solides qui ont été tissés avec des institutions universitaires et ce, quel que soit l'historique de chaque agence ou encore l'évolution de son modèle ou de sa structure organisationnelle.

Le modèle québécois, l'Institut national de santé publique du Québec, a forgé des partenariats stratégiques avec plusieurs universités, dont l'Université de Montréal et l'Université Laval. En outre, dans la loi qui a servi de cadre à sa création, la mission et les fonctions de l'Institut sont explicitement liées à un devoir de collaboration avec des universités et des organismes de recherche dans une variété de domaines, notamment :

a. avec des universités pour la conception et l'actualisation de programmes de santé publique de même que la conception et la mise en œuvre de programmes de formation continue dans le domaine de la santé publique;
b. avec des organismes de recherche et de financement pour développer et promouvoir la recherche dans le domaine de la santé publique[16].

En Colombie-Britannique, l'agence a développé, en 1998, des réseaux directs avec l'Université de Colombie-Britannique . Dans plusieurs cas, elle a nommé conjointement avec l'Université de Colombie-Britannique des membres du personnel du CDC de Colombie-Britannique.

L'une des stratégies fondamentales signalées par l'agence de Colombie-Britannique est actuellement de :

> *« Créer un environnement qui appuie la recherche et facilite une collaboration efficace avec d'autres institutions scientifiques et d'autres chercheurs en Colombie-Britannique, au Canada et sur le plan international[17]. »*

Le Comité d'experts voit plusieurs avantages appréciables à réaliser des partenariats avec les centres universitaires dans des domaines ciblés. Cette observation s'applique à la recherche analytique, à la recherche sur la santé des populations, à la recherche sur le système de santé ainsi qu'aux services directs tels que les laboratoires, l'épidémiologie et les activités de surveillance. Toutefois, les partenariats ne peuvent se substituer à une solide capacité interne à l'échelon local ou central; le partenariat est un outil supplémentaire qui peut servir de complément et de soutien au travail qui doit être accompli à l'échelon national.

Alors que l'Ontario devra sans aucun doute faire face à des défis et à des obstacles importants dans le processus de création d'une nouvelle agence, la province a la chance de compter sur l'expertise de nombreux instituts de recherche nationaux dans des domaines tels que la santé publique, la génétique humaine et la recherche en matière de systèmes de santé.

Par ailleurs, les organismes de recherche sur la santé tels que l'IRSS, le *Centre for Health Economics and Policy Analysis* (CHEPA) et nos centres hospitaliers universitaires sont de puissantes ressources qui pourraient effectivement être mises à contribution pour renforcer la capacité analytique de l'agence. Grâce à ces liens, il est évident que des avantages supplémentaires viennent s'ajouter :

a) Recrutement et maintien en poste
Compte tenu de la création dans le proche avenir d'une agence nationale (qui, elle-même, recrutera du personnel à partir d'un bassin de candidats très limité), il sera essentiel de mettre en place des approches qui faciliteront le recrutement et le maintien en poste d'individus de haut calibre pour diriger le projet de renouveau en Ontario.

Comme le Comité d'experts l'a noté dans le rapport préliminaire, des efforts continus et polyvalents sont nécessaires à la mise sur pied efficace d'un programme de revitalisation des ressources humaines dans le secteur de la santé publique. Parmi les trois approches que nous avons soulignées comme devant faire partie de ce programme de revitalisation, rappelons l'augmentation des possibilités de formation, une hausse de la rémunération et une reconnaissance accrue. La mise à profit des réseaux entre la santé publique et la communauté plus vaste de la recherche n'est pas négligeable.

Pour de nombreux individus qui souhaitent jouer un rôle dans le secteur de la santé et de la recherche portant sur la santé de la population, mentionnons que plusieurs avantages significatifs sont liés à la

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

perspective d'une nomination conjointe avec une institution universitaire. Dans un secteur à forte concentration de savoir confronté à des défis sur de nombreux fronts dans le domaine des ressources humaines, la construction d'organisations ayant pour objectif l'acquisition de connaissances devrait être considérée essentielle. De nombreux organismes des secteurs public et privé ont commencé activement à reconnaître qu'il s'agit là d'un outil fondamental au recrutement et au maintien en poste. Cela est vrai tant dans le secteur de la santé publique et de la lutte contre les infections que pour une organisation du secteur privé en pleine expansion.

En plus d'enrichir la base de connaissances et le bassin de ressources accessibles aux membres du personnel de la santé publique, des accords officiels d'affiliation avec des universités pourraient être utilisés pour atteindre d'autres objectifs concrets tels que des programmes de recherche partagés. Ces accords pourraient servir à améliorer le profil et le pouvoir d'attraction d'une carrière dans le secteur de la santé publique.

b) Capacité d'appoint
Plusieurs intervenants clés parmi ceux qui ont aidé les responsables officiels durant la crise du SRAS ont été recrutés dans des centres hospitaliers universitaires ou dans des universités. De fait, la province a fait appel à des ressources externes au ministère à une échelle rarement atteinte auparavant.

Il est clair que nous avons maintenant la possibilité de penser de façon créative à la meilleure manière de structurer l'agence afin que l'Ontario bénéficie d'un accès plus formalisé à un vaste éventail d'expertise. Le concept d'un réseau composé d'experts, ancré au sein d'un centre ayant sa propre masse critique est un moyen économique d'élargir notre base de connaissances et de compléter la capacité d'appoint nécessaire selon tous les commentateurs. Qu'il s'agisse du secteur des laboratoires, du domaine de l'épidémiologie ou de la lutte contre les infections, les possibilités sont évidentes.

ii. *Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP)*
À la connaissance du Comité d'experts, l'Ontario n'a pas été aussi dynamique qu'elle l'aurait pu l'être dans sa recherche d'affiliation et d'harmonisation avec des universités comme mécanisme devant rassembler les expertises du secteur de la santé publique, de la Division de la santé publique et du secteur universitaire. Toutefois, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) est un exemple des domaines où des tentatives ont été faites à cet égard.

Pendant de nombreuses années, il a fait office de pont entre la Division de la santé publique, certains bureaux de santé et le secteur universitaire. Le REDSP regroupe actuellement cinq sites : Ottawa (Université d'Ottawa), Middlesex-London (Université Western Ontario), Hamilton (l'Université McMaster), Kingston, Frontenac, Lennox (Université Queens) et Sudbury et le district (Université Laurentienne). Depuis 1999, le REDSP est financé conjointement (50-50) par la province et les municipalités. Le site de Toronto n'existe plus car il n'a pas réussi à obtenir un financement à parts égales, tel qu'exigé dans le cadre de cette formule de financement.

Le programme a pour mission de contribuer à assurer la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention des troubles de la santé chez les résidantes et résidants de l'Ontario par le biais de cinq orientations stratégiques[18] :

- Évaluation de la recherche appliquée et des programmes de santé publique dans des domaines essentiels à une pratique efficace et efficiente dans le secteur de la santé publique.
- Synthèse, transmission et diffusion du savoir en matière de santé publique.
- Leadership en matière d'éducation aux premier et deuxième cycles et de formation professionnelle continue.
- Formation continue pour les praticiens de la santé publique.
- Soutien des programmes de santé publique novateurs et de l'élaboration de politiques.

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont souligné que le REDSP était un modèle digne d'être imité à l'échelle nationale. Néanmoins, dans des entrevues conduites par les IRSC auprès des intervenants participant au programme ou auprès de ceux qui l'utilisent, trois défis importants ont été définis[19] :

- un manque fondamental d'engagement du ministère à l'échelon de la Division de la santé publique;
- une diffusion limitée de l'information et du transfert des connaissances de la part des sites affiliés au REDSP vers le système de santé publique en général;
- un manque global de financement et une incertitude associée à la formule de partage des coûts du programme de financement conjoint (50-50) entre les échelons municipal et provincial.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Le besoin d'un cadre de recherche en santé publique

L'Ontario a financé la recherche dans un large éventail de secteurs pertinents pour une agence de protection et de promotion de la santé; l'un de ces secteurs est celui de la recherche qui a été financée à l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Toutefois, à l'échelon provincial, il n'existe pas actuellement de cadre stratégique pour un programme de recherche pertinent axé sur la santé publique et la lutte contre les infections. De plus, il y a très peu de processus de nominations conjointes formalisés avec des universités à l'échelon de la division de la santé publique du ministère. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de liens sur le plan individuel, mais cela souligne que tout effort à cet égard doit être conscient, officiel et ciblé.

Par ailleurs, certaines sources ont suggéré que la portée, la vocation et les champs de spécialisation devaient être examinés et clarifiés de façon formelle. Le Comité d'experts voit une valeur réelle dans le travail réalisé par le REDSP. Nous croyons que lorsque le REDSP aura fait l'objet d'un examen, il bénéficiera grandement de l'établissement d'un lien clair et formalisé avec l'agence. Ce lien servira de mécanisme supplémentaire pour relier le travail réalisé dans les centres régionaux à une stratégie globale de diffusion et de transfert des connaissances à tous les bureaux de santé publique et au-delà. Le programme REDSP et, en réalité, de nombreuses activités de recherche sur la santé publique recevant un financement bénéficieraient également d'un cadre global plus homogène assurant une articulation centralisée de la recherche dans le domaine de la santé publique.

iii. Transfert des connaissances, outils et soutien

a. La formation

Bien que le Comité d'experts n'envisage pas que l'agence assure le rôle d'un institut de formation ni qu'elle puisse être une manne universelle pour toutes les parties en ce qui concerne la formation, il est toutefois convaincu existe des possibilités de partenariats solides et, dans certaines circonstances, de formation directe.

Le Comité d'experts prévoit qu'une agence aura le pouvoir ou la capacité :

- d'effectuer des évaluations relatives aux besoins de formation pour mettre en relief les futurs besoins prioritaires dans ce domaine afin que d'autres organismes entreprennent les actions nécessaires;
- de donner des formations directes, ciblées en fonction des besoins urgents;
- de signer des accords et des partenariats avec d'autres organismes afin de donner la formation.

Il est intéressant de noter que l'énoncé de mission de l'Institut national de santé publique du Québec inclut de façon formelle la collaboration dans le domaine de la conception et de l'actualisation de la formation destinée aux professionnels de la santé aux étudiants de premier et de deuxième cycles ainsi que la mise en œuvre de programmes de formation se poursuive dans le domaine de la santé publique[20].

De toute évidence, la portée d'une formation reconnue fournie directement par l'agence, comparativement aux domaines dans lesquels elle apporte ses conseils et son soutien aux autres organismes, devra être soigneusement conçue à partir d'une évaluation détaillée des capacités et mandats d'autres organismes et ministères, tels que le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, et des ressources auxquelles l'Agence a accès.

Des besoins urgents dans certains domaines pourraient grandement bénéficier de la capacité de l'agence sur le plan du soutien, des ressources et de la diffusion. Ces besoins comprennent notamment un plus grand accès à la formation en épidémiologie à l'échelon du bureau de santé, le travail en collaboration avec d'autres acteurs pour élaborer des modèles d'orientation destinés au personnel de la lutte contre les infections dans les établissements, la promotion et le développement de modules pratiques.

b. Les outils

Les outils assurent la pertinence de la recherche. Compte tenu des défis auxquels sont quotidiennement confrontés les fournisseurs de soins de santé, il leur est souvent difficile de trouver le temps nécessaire pour se maintenir au courant des faits et des données scientifiques relatives aux questions émergentes dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre les infections.

Ce défi est loin d'être le seul auquel la santé publique doit faire face. Il existe une importante documentation sur la difficulté de traduire les faits et données scientifiques en outils utiles effectivement utilisés

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

dans le secteur de la santé. Une étude récente menée par la University of Massachusetts a mis en lumière l'écart existant entre les nombreux travaux portant sur la « médecine fondée sur les résultats » sur le plan clinique et la relative rareté de tels travaux portant sur la santé de la population et du public en général[21]. Trop souvent, les recherches qui ne sont pas traduites en opinions concises, ciblées et pratiques sont des travaux qui sont perdus et inutilisés au niveau des premières lignes de soins. Pour bien faire cela, il faudra examiner les modèles existants en créant, au sein de l'agence, un ensemble de compétences spécifiques en sciences et en communication médicale et en écoutant ce qu'ont à dire les fournisseurs et les bureaux de santé au sujet de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas.

Le CDC a effectivement créé un groupe spécial au sein de sa structure centrale dont le premier mandat est de prendre les données scientifiques et les recherches générées par le CDC, ou auxquelles il a accès et de les transformer en outils concis et ciblés qui puissent être utilisés immédiatement sur le terrain.

Pendant la crise du SRAS, l'objectif était de faire circuler l'information disponible. À présent, il importe de comprendre et d'améliorer les véhicules grâce auxquels l'information est fournie. Il nous faut également définir les approches qui fonctionnent bien dans les différents environnements.

Un grand nombre de nos établissements à l'échelle de la province se sont attaqués aux défis que représente l'intervention contre les maladies infectieuses émergentes ou réémergentes telles que le Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), les coliformes et le virus Norwalk. Des hôpitaux et des établissements génèrent souvent de façon individuelle des documents et des conseils utiles pour aider à gérer des éclosions ou des événements de ce type. À titre d'exemple, on peut citer les protocoles élaborés par l'Hôpital Mount Sinai à la suite de l'éclosion du virus Norwalk à la fin 2002. Toutefois, ces outils précieux et très pratiques sont trop souvent inconnus des autres organismes et agences de soins de santé. Il en découle que l'historique et le savoir commun ne sont pas suffisamment construits pour former un système. Il faut trop souvent réinventer la roue; il arrive rarement qu'un individu ou un établissement ait accès à des connexions informelles qui facilitent l'accès aux documents que d'autres ont générés. Cette situation est particulièrement vraie pour les plus petits établissements et dans les communautés plus reculées ayant un accès plus limité que les centres hospitaliers universitaires mieux dotés en ressources. Il en

va de même pour les bureaux de santé publique ayant un accès plus restreint que des bureaux plus importants et mieux dotés.

Le fait d'avoir des outils de soutien fondés sur les données les plus récentes et l'expérience internationale et qui sont accessibles par l'entremise d'un organisme central ne remplacerait pas le besoin d'adapter spécialement ces outils aux établissements ou aux communautés. Cependant, grâce un examen approprié, un point d'accès central pourrait servir de complément et de valeur ajoutée au travail des réseaux régionaux proposés et des bureaux de santé publique existants.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Exemples d'outils efficaces

Dans le domaine du transfert des connaissances, l'Ontario affiche avec fierté la réussite de nombreux projets qui ont clairement démontré la capacité de rendre l'information scientifique et technique accessible d'une manière concise et efficace à l'intention des fournisseurs de soins de santé. L'ouvrage « Bloody Easy: A Guide to Transfusion Medicine », produit par le Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre avec le soutien du ministère, de Santé Canada et de la Société canadienne du sang en est un exemple[22]. Il s'agit du premier manuel sur la médecine transfusionnelle et il traduit avec succès l'information technique et scientifique concernant l'utilisation de produits sanguins, les choix et les réactions transfusionnelles en un guide concis et convivial. Bloody Easy a valu à son auteur des louanges immédiates en provenance du monde entier et des professionnels des soins de santé de toute la province. Qui plus est, la Société canadienne du sang l'a adopté à titre de ressource essentielle.

Dans un autre exemple, depuis les deux dernières années, l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) a élaboré un système d'alerte hautement efficace pour les médicaments à haut risque[23]. En diffusant de l'information fondée sur des résultats cliniques et scientifiques, concise, crédible, utilisable, à grande échelle et en réponse aux besoins de ses utilisateurs, ISMP a réduit de façon importante déterminante la présence de concentré de chlorure de potassium dans les salles des hôpitaux de l'Ontario en moins de 12 mois. Cette forme de soutien pratique et ciblé est précisément le type d'intervention qui, si elle est bien faite, pourrait avoir des répercussions sur les patients comme sur les fournisseurs de soins de santé à un coût relativement faible.

F. Centre d'épidémiologie et surveillance

Un Centre d'analyse épidémiologique (proposé au sein de l'agence) pourrait fournir une analyse à l'échelon provincial, s'il était doté de ressources suffisantes. En outre, il serait en mesure donner ou de faciliter l'accès à une assistance et à un soutien spécialisés pour enquêter ou intervenir en cas d'éclosion sur le terrain.

La capacité de transformer des données connues en courants d'information utilisables appartient à une solide aptitude d'analyse des données épidémiologiques disponibles tant au sein de l'agence que sur le terrain. Elle repose aussi sur un système de liaison efficace entre les laboratoires et la surveillance, des taux élevés de saisie de données et un transfert rapide de l'information.

Le Comité d'experts a été impressionné par le système Epi-X utilisé par le CDC américain. Il s'agit d'un mécanisme d'alerte précoce et de consultation par les pairs et les experts en ce qui a trait à l'information épidémiologique reliée aux événements émergents en matière de santé. Le système est supervisé par le laboratoire et les épidémiologistes du CDC et permet à 1 200 experts clés dans le domaine du système de santé, lesquels sont désignés par leur agence ou leur établissement local, de consulter les données les plus récentes. Au besoin, les affiliés locaux peuvent obtenir une assistance et des avis directs afin de procéder à des enquêtes.

Le Comité d'experts conçoit également la création d'un centre d'épidémiologie amélioré en tant que fondement de l'agence. À titre de centre provincial, il aurait pour mandat d'offrir ressources et soutien aux acteurs sur le terrain. À la demande ou sur les ordres du médecin hygiéniste en chef, des ressources techniques et de soutien pourraient être déployées, en fonction des besoins, pour appuyer les professionnels et les fournisseurs ainsi que pour leur communiquer des avis scientifiques et techniques.

Tel que suggéré, la réalisation de ce concept exige une approche plus formalisée et plus créative que celle du concept de « capacité d'appoint » qui existe à l'heure actuelle. L'atteinte de cet objectif dépendra en partie de la capacité de l'agence à soutenir la création de relations avec les experts sur le terrain.

Afin de fournir un service central de soutien épidémiologique sur le terrain qui soit plus utile et plus dynamique, nous devons non seulement améliorer l'ampleur, la portée et la rapidité de traitement des données recueillies; il faudra également améliorer considérablement la manière dont l'information est transmise et analysée. Les techniques de mise en correspondance géographique devraient être utilisées de façon plus efficace,

particulièrement pour étudier l'analyse des tendances relatives aux éclosions dans un segment de population ou dans une région spécifique qui sont disponibles et pertinentes pour les fournisseurs locaux. Plus loin dans le présent rapport, nous indiquons les étapes à suivre pour atteindre cet objectif.

G. Services de bibliothèque et de soutien

Le Comité d'experts considère qu'il est important de s'assurer que l'agence compte sur une expertise suffisante en matière de sciences de l'information et qu'elle soit dotée d'un accès électronique centralisé aux journaux médicaux les plus récents et aux sites de recherches.

L'Association des bibliothèques de la santé publique de l'Ontario a identifié *Partners in Information Access for the Public Health Workforce* comme un modèle intéressant. La mission de cette initiative de collaboration entre agences gouvernementales américaines, organismes de santé publique et bibliothèques des sciences de la santé vise à :

> « aider la main-d'œuvre du secteur de la santé publique à trouver et à utiliser l'information de manière efficace afin d'améliorer et de protéger la santé du public[24] ».

Dans le cadre de sa présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario, l'Association a conclu que la croissance exponentielle de l'information sur l'Internet et sous forme imprimée a conduit à une surdose de renseignements dans de nombreuses professions. Les professionnels de l'information sont donc plus que jamais nécessaires pour filtrer les renseignements et partager ceux qui sont rentables et utiles pour le client.

L'Association a proposé que les professionnels de l'information dans le secteur de la santé publique assurent les rôles essentiels suivants[25] :

- soutenir et promouvoir des pratiques de santé fondées sur les résultats en fournissant une expertise en recherche dans les principales bases de données bibliographiques puis en obtenant les renseignements disponibles pour une situation donnée;
- mettre à la disposition du personnel des programmes éducationnels sur les méthodes efficaces de recherche d'information de qualité dans le domaine de la santé publique et des politiques en matière de santé, notamment en ce qui a trait à l'évaluation de renseignements valides et dignes de foi;
- établir des réseaux avec d'autres individus, organismes et agences afin de faciliter le partage des ressources et de permettre l'accès à un éventail de sources d'information plus large et plus rentable;

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

- travailler en partenariat avec les membres du personnel afin de promouvoir le transfert des connaissances au sein de l'organisme;
- établir les critères d'identification, de sélection et d'organisation de l'information et du matériel didactique du domaine de la santé publique;
- promouvoir la diffusion des renseignements existants sur la documentation en matière de santé publique;
- créer et compiler la documentation sur la santé ou les possibilités disponibles par le biais de l'Internet et d'autres réseaux nationaux d'information;
- soutenir la formation continue en fournissant les ressources pertinentes et en développant de nouveaux outils éducatifs afin de répondre aux besoins émergents.

H. Communications

Le Comité d'experts a été impressionné par l'infrastructure de communication détaillée en place au sein du CDC américain. Le CDC appuie ses différentes composantes organisationnelles (*National Centers et Program Offices*) par l'entremise d'un éventail d'activités de communication (matériel didactique et de soutien, site Web, réseaux professionnels, techniques et d'information, formation, campagnes, etc.) conçues pour différents auditoires (cliniciens, praticiens, public et médias), avec des services distincts pour les communications en matière de risque et d'urgence. Le Comité d'experts reconnaît également la valeur de l'enseignement continu tiré de ces activités de communication qui sont efficaces ici, en Ontario, aux échelons ministériel et local.

Forts de ces recommandations et en nous basant sur les discussions avec des experts du domaine ainsi qu'avec des agences de santé publique dans d'autres collectivités publiques, nous recommandons que l'agence émette directement ses conseils et son soutien en matière de communication des risques au ministère, aux cliniciens, aux fournisseurs et aux praticiens. En outre, elle devrait établir des canaux de communication directs afin de diffuser l'information en matière d'épidémiologie et de surveillance tout en soutenant le transfert des recherches, de l'évaluation et du savoir.

La communication du risque est un processus interactif d'échange d'information et d'opinions entre des individus, des groupes et des institutions concernant un risque pour la santé humaine ou pour l'environnement. Il s'agit d'une communication relative à la probabilité et à la nature d'un risque, incluant une connaissance de la manière dont les gens font des choix quand ils se trouvent en situation de risque. Une communication des risques efficace est constituée aussi bien du contenu du message que de sa transmission.

La communication en cas de crise sous-entend que le processus de communication est effectué au moment d'un désastre grâce à une gestion compétente de canaux de communication, de messages, de transmission au moment opportun et d'une réception destinée à atténuer la crise grâce à la circulation de l'information.

Nous proposons que l'agence se charge des quatre principales responsabilités suivantes en matière de communication :

1. Ressource auprès du ministère
Nous envisageons que l'agence agisse à titre de ressource auprès du ministère en ce qui a trait à la communication des risques et aux questions ou aux enjeux touchant la santé publique. Plus particulièrement, elle devrait émettre des avis techniques et scientifiques au personnel du ministère sur une base continue ainsi que durant les crises et les situations d'urgence. Dans certaines circonstances, et à la demande du ministère, l'agence pourrait aussi assumer des responsabilités plus étendues ou améliorées en matière de communication (par exemple, aider à l'élaboration de matériel d'éducation du public à utiliser dans les situations de crise ou d'urgence).

2. Réseau de communication des risques pour soutenir les praticiens des communications
Afin de fournir un soutien aux praticiens en matière de communication des risques, un réseau de communication des risques (RCR) devrait être mis en place. Il aurait pour objectif d'augmenter la capacité des praticiens à réaliser et à évaluer des activités de communication des risques. Le RCR serait conçu pour un vaste éventail d'intervenants dans le domaine de la communication des risques, notamment les praticiens de la santé publique et les professionnels de l'information travaillant dans des organismes variés (bureaux de santé publique, ONG, hôpitaux, CSC, gouvernement,

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

associations et organismes de réglementation), chercheurs, médias et étudiants.

Parmi les caractéristiques clés du RCR, notons :

- faciliter les réseautages et les échanges pratiques entre les fournisseurs grâce à la mise en place d'une base de données de communication des risques. Ces réseaux pourraient être stimulés par l'entremise de communautés virtuelles, notamment des groupes de discussion, des listes de diffusion ainsi que des rencontres;
- développer des outils des modèles et d'autres ressources (par exemple, les meilleures pratiques, les résumés analytiques et de recherche, etc.) traitant de la communication des risques et y donner accès afin de construire une capacité en ce domaine;
- établir et maintenir une banque de données sur la communication des risques au sein de l'agence;
- fournir et faciliter l'accès au partage de la formation et des conseils en ce qui concerne les communications en cas de risque, d'urgence ou de crise ainsi qu'en matière de relations avec les médias*;
- utiliser l'Internet comme véhicule de communication et de diffusion de l'information.

3. Diffusion de l'information et des données de surveillance en matière d'épidémiologie

Le mandat de l'agence inclura la responsabilité de l'analyse des données de surveillance et de l'information en matière d'épidémiologie. Un travail considérable a été entrepris en Ontario (Stratégie cybersanté) ainsi qu'à l'échelon national (Canadian Network for Public Health Intelligence) afin de soutenir des mécanismes novateurs de diffusion et de collecte électronique de renseignements en matière de santé. Une caractéristique commune dans un grand nombre de ces initiatives est la gestion des renseignements personnels sur la santé plutôt que celle des renseignements sur la santé de la population. En Ontario, nous avons besoin d'un système actualisé de renseignements pour recueillir, analyser et transmettre l'information concernant la santé de la population en matière de maladies transmissibles et non transmissibles qui soutiendra l'élaboration et la révision de programmes et d'activités dans le domaine de la santé publique.

En conséquence, nous recommandons que la province mette en place un système d'information pour centraliser les données qui sont

* Des partenariats de collaboration entre The Health Communication Unit (THCU), le Centre for Health Promotion (centre pour la promotion de la santé) et l'Université de Toronto sont à explorer. Le mandat de l'UCS est de fournir de la formation et du soutien en communication en matière de santé aux agences de santé publique et communautaires. L'UCS a récemment établi une communauté virtuelle pour la communication en matière de santé publique.

transmises à l'Agence dans le cadre de son mandat en matière de surveillance et de laboratoire. À cette fin, nous proposons que l'agence développe et soutienne un *Système ontarien d'information sur la santé publique*. Ce système prendrait la forme d'un mécanisme qui ferait office de banque centrale de données émanant de différentes sources (telles que les bureaux de santé publique, les laboratoires, d'autres établissements et des réseaux). En un mot, il s'agirait d'un portail sur les données brutes et analysées du domaine de l'épidémiologie et de la surveillance. En outre, il aurait la capacité de rassembler, d'analyser et de diffuser l'information aux différents intervenants (au sein de l'agence et à l'extérieur).

L'intention serait de compléter, d'améliorer, de coordonner et d'ajouter une valeur aux systèmes existants de saisie de données plutôt que de simplement bâtir de nouveaux systèmes en tant que fin en soi. Pour conceptualiser les opérations d'un tel système, il est clair qu'il serait nécessaire d'établir une collaboration entre la Stratégie cybersanté, l'Agence des systèmes intelligents pour la santé, l'IRSS, l'Inforoute Santé du Canada de Santé Canada, l'ICIS, et enfin le réseau pancanadien de santé publique et l'agence de santé publique canadienne proposés. Il est capital pour le Comité d'experts que le système d'information sur la santé soit unifié et qu'il réponde aux besoins des praticiens, du public et du gouvernement.

En ce qui a trait à la diffusion de l'information, le système ontarien d'information sur la santé publique pourrait servir à rassembler les données, tendances et analyses de santé publique pour les praticiens (spécialistes de la santé publique, épidémiologistes, cliniciens, etc.), pour le gouvernement (ministères provinciaux et fédéraux), pour les universités et autres parties du domaine de l'épidémiologie et de la surveillance (ONG, agences et instituts reliés à la santé dans l'ensemble du Canada). Pour la diffusion, le SIAPO utiliserait différents canaux (basés sur le Web, format électronique et format imprimé). Par exemple, grâce au système ontarien d'information sur la santé publique, l'actuel Rapport d'épidémiologie et de santé publique Ontario[26] pourrait être élargi et amélioré afin de fournir d'autres types de renseignements sur la santé publique. Les renseignements que ce système fournirait soutiendraient également réseau de communication des risques.

En résumé, le but de ce système serait de fournir :

- une ressource globale intégrée sur les données de surveillance et d'épidémiologie de santé publique en Ontario destinée aux praticiens;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- des réseaux bilatéraux avec les praticiens de l'Ontario en établissant et en maintenant une base de données de contacts, dont les praticiens pourraient également partager les ressources;
- les renseignements ou l'accès aux renseignements sur la surveillance des maladies (transmissibles et non transmissibles) et sur les menaces en Ontario. De tels renseignements dépasseraient la simple émission de données brutes pour inclure des analyses de tendances et l'élaboration de rapports adaptés (p. ex., spécifiques à certaines questions ou à certaines régions) pour différents publics (p. ex., les médias, les médecins généralistes);
- des réseaux couvrant d'autres activités de communication en matière d'épidémiologie et de surveillance aux échelons provincial, fédéral (p. ex., systèmes nationaux de surveillance des maladies tels que le mémoire sur les maladies infectieuses publié par Santé Canada, le Canadian Network for Public Health Intelligence) et international (p. ex., l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation panaméricaine pour la santé, etc.);
- des réseaux avec les chercheurs dans le domaine de la santé publique (individus et organismes) afin de faciliter la diffusion de données de recherches spécifiques reliées à l'épidémiologie dans le domaine de la santé publique.

Compte tenu de l'étendue de l'information disponible grâce au système ontarien d'information sur la santé publique, elle serait mise à disposition par l'intermédiaire d'un site Web. Il serait nécessaire de créer différents niveaux d'accès afin de le restreindre en fonction du type d'intervenant (p. ex., gouvernement, épidémiologistes, praticiens et médias), du degré de sensibilité de l'information et des privilèges de l'usager.

Une autre fonction importante du système ontarien d'information sur la santé publique serait de soutenir un système de renseignements et de communication provincial afin de diffuser les alertes sanitaires. Comme recommandé par le Comité d'experts dans le rapport préliminaire, ce système serait le réseau d'alerte de santé publique. Ce dernier aurait pour objectif de renforcer et de soutenir les mesures d'intervention d'urgence et de crise ainsi que l'intervention aux échelons local et provincial. Il compterait parmi les composantes clés du système de préparation aux situations d'urgence à l'intérieur de la province.

Il est prévu que le réseau d'alerte de santé public soit créé par le médecin hygiéniste en chef et qu'il fonctionne, par l'intermédiaire des structures centrales appropriées, main dans la main avec les services d'urgence pertinents à l'échelon local, à l'intérieur de la province

(p. ex., unités de gestion des situations d'urgence, GSUO) et au niveau fédéral (CMIU - Centre des mesures et d'interventions d'urgence). Il s'occuperait des opérations de communication spécifiques à la composante santé dans les situations de crise et d'urgence, laquelle serait établie en partenariat avec d'autres intervenants sur la base d'un plan d'intervention d'urgence et de communication de crise sur lequel les intervenants se seraient entendus. Ce plan d'intervention d'urgence et de communication en situation de crise ferait partie intégrante des plans d'urgence et délimiterait les responsabilités de même que les actions spécifiques relatives aux services fournis par les différents intervenants.

Certaines caractéristiques du réseau d'alerte de santé publique sont :

- la participation (accès) serait limitée aux individus désignés (selon des protocoles spécifiques) chargés de ou impliqués dans l'identification, l'investigation et l'intervention dans des situations d'alerte médicale (dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs);
- l'attribution de divers degrés de communication selon les individus au sein du système, en fonction de la nature des communications;
- la capacité de délivrer différents types de messages relatifs à la santé avec les lignes directrices et les protocoles correspondants ayant fait l'objet d'un agrément pour diffusion et action subséquentes :
  a. Alerte médicale – message transmettant le degré d'importance le plus élevé; exige une action ou une attention immédiate.
  b. Mise en garde sanitaire – message fournissant des renseignements importants sur un incident ou une situation spécifique qui peut ne pas exiger une action immédiate.
  c. Mise à jour sanitaire – message fournissant des renseignements mis à jour sur un incident ou une situation qui n'exigerait d'action immédiate.
- la capacité de recevoir et de distribuer des renseignements urgents dans une période spécifique, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, et dans les deux langues officielles;
- une infrastructure qui supporterait une connexion sécurisée à haute vitesse pour transmettre des données et de l'information;
- la capacité d'assurer des communications bilatérales rapides et sécurisées (utilisant des canaux multiples tels que communication téléphonique, télécopieur, courrier électronique, message à diffusion générale et téléavertisseur) pour les agences d'intervention de première ligne, les cliniciens et d'autres responsables de la santé (y compris les gouvernements) ainsi que pour les médias, lorsque nécessaire.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

4. Autres activités de communication
Un certain nombre d'activités de communication continues seraient entreprises, notamment :

- établir une banque d'archives ou une bibliothèque couvrant le domaine de la santé publique afin de soutenir ses différentes responsabilités;
- développer une image publique, incluant un site Web et d'autre documentation portant sur l'agence;
- élaborer le matériel spécifique destiné aux médias (p. ex., trousse d'information, communiqués de presse et articles, présentations) dans le cadre des activités de communication continues et en réponse ou durant des situations de crise ou d'urgence (sur délégation du médecin hygiéniste en chef).

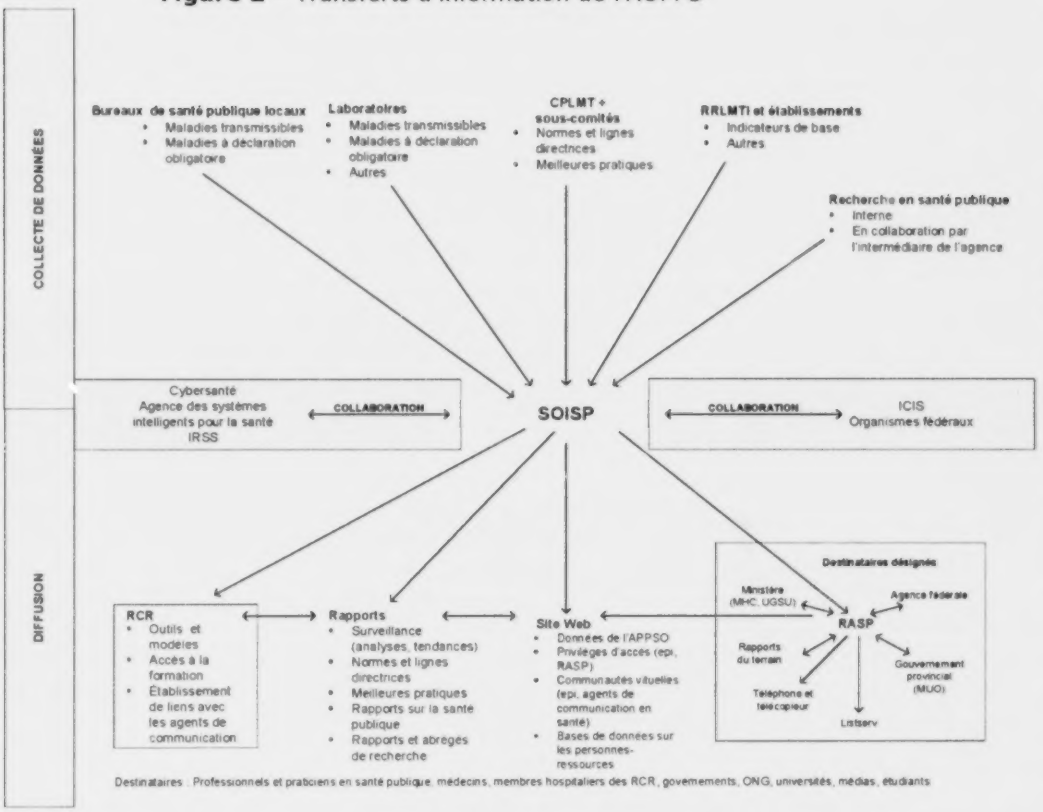
La capacité et la souplesse seront d'une importance capitale pour aider l'agence à maximiser ses systèmes de communication afin de soutenir le transfert des connaissances et leur traduction. Par ailleurs, des communications efficaces seront essentielles pour que l'agence réussisse à créer et à solidifier des partenariats avec des organismes de recherche dans le but d'améliorer les pratiques en matière de santé publique.

Les activités de communication devraient être aussi élaborées à partir des infrastructures et des soutiens connexes existants dans le paysage ontarien de la santé d'aujourd'hui. Cela signifie que les activités de communication viendront compléter, améliorer et soutenir les structures et réseaux en place (p. ex. le CIB du ministère, la Stratégie cybersanté, les unités de gestion des situations d'urgence), les associations et les réseaux de fournisseurs de services, les activités de traduction des connaissances par les ONG et les universités, etc.

Des lignes directrices clairement établies devraient également être mises en œuvre au sein de l'agence, du ministère et des institutions de soins de santé (gouvernementales et non gouvernementales) afin d'assurer et de faciliter l'élaboration et la coordination de la publication et la diffusion appropriées de l'information. Des protocoles et des plans de communication devraient être examinés et évalués régulièrement pour ensuite faire l'objet de révisions et de mises à jour en fonction des besoins.

La figure 2 illustre les processus de collecte et de diffusion des renseignements par le système ontarien d'information sur la santé publique. Il met aussi en relief les relations entre ce dernier et les responsabilités proposées de l'agence relativement au RCR et au RASP.

Figure 2 – Transferts d'information de l'AOPPS



Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

6. Mise en œuvre par étapes

Le comité d'experts reconnaît que les gouvernements provincial et fédéral doivent mettre l'agence sur pied rapidement. Le comité d'experts a bon espoir que les processus national et provincial ne s'enliseront pas dans la bureaucratie ou le manque de coordination à mesure que nos souvenirs collectifs du SRAS commenceront à s'estomper.

Ceci dit, l'Ontario doit aussi agir de façon responsable : nous avons vu dans le passé ce qu'il en coûte de ne pas faire ainsi. Dans les années 1990, nous avons assisté à une série de changements de cap radicaux qui survenaient presque du jour au lendemain dans le domaine de la santé publique en Ontario. De responsabilité principalement provinciale (avec une répartition des coûts de 75/25 avant 1998 pour toutes les régions à l'extérieur de Toronto), le financement de la santé publique est devenu la responsabilité des seules municipalités en 1998, dans le cadre du réalignement des services locaux. En 1999, on est passé au modèle actuel, dont le financement est essentiellement 50/50. Ces changements rapides concernant les responsabilités de financement n'ont guère contribué à améliorer les moyens de planification fondée sur les faits ou la confiance à l'échelle locale à l'égard de l'intérêt ou de l'engagement de la province en matière de santé publique.

La mise sur pied de l'agence sera un processus à long terme. Le rythme auquel il progressera dépendra d'un certain nombre de facteurs, notamment l'aptitude de l'agence à acquérir crédibilité et respectabilité au fil du temps et le degré d'engagement soutenu des décideurs et des bailleurs de fonds et le soutien qu'ils apporteront à la réalisation de l'agence. En fin de compte, la création d'une agence de protection de la santé efficace et la revitalisation de la santé publique est un projet pour l'avenir et non une solution rapide. Ceci dit, il faut agir dès maintenant.

Le serment d'Hippocrate, « primum non nocere », devrait nous guider dans la mise en œuvre de l'agence. Le travail de conception d'une nouvelle agence de protection et de promotion de la santé représente un avantage appréciable pour l'Ontario : elle aura l'occasion peu commune d'apprendre de l'expérience d'autrui et de concevoir une agence. La province devra cependant aussi surmonter les difficultés inhérentes à la création d'un réseau complexe de ressources préexistantes et de centres d'expertise. De plus, l'élaboration d'une approche appropriée d'établissement de liens, de partenariats et de regroupements possibles sera une tâche vaste et complexe qui nécessitera un soutien dévoué.

Avant de discuter de la mise en œuvre par étapes de l'agence, le comité d'experts voudrait souligner la nécessité d'une série d'activités devant être

entreprises parallèlement au travail de conception de l'agence. La plus importante de ces nombreuses tâches a trait au besoin d'un examen approfondi et détaillé des opérations, de la capacité, de la gouvernance et des regroupements possibles de la santé publique locale en Ontario.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

1. Approche par étapes au renouvellement de la santé publique

Notre rapport préliminaire recommandait un réexamen approfondi de l'approche au financement et à la prestation de la santé publique à l'échelon local. Nous avons défendu avec force l'idée d'un rôle accru pour la province dans le financement et la prestation des services de santé publique en déclarant que le pourcentage global du financement provincial devrait être de 75 à 100 % dans les deux à cinq ans et que la priorité initiale devrait être le financement à 100 % par la province de la lutte contre les maladies transmissibles.

Le comité d'experts a aussi soutenu que les 37 bureaux de santé publique existants étaient organisés d'une façon trop diffuse et que cela les empêchait d'avoir une expertise suffisamment vaste à l'échelle locale dans certaines parties de la province. Il a également soutenu que, compte tenu de ce fait, la province devrait envisager de renforcer et de consolider la capacité existante en augmentant le nombre de bureaux pour qu'il se situe entre 20 ou 25. Le comité d'experts a aussi reconnu qu'il vaut mieux harmoniser les bureaux de santé publique et des autres domaines clés des services de santé.

Le comité d'experts persiste à croire, comme la plupart des gens, que le regroupement et l'harmonisation sont une bonne idée mais affirme que l'approche à ce changement doit reposer sur une base de preuves solides et une bonne compréhension des besoins relatifs.

Nous demandons par conséquent de mener une évaluation fondée sur les besoins, dans laquelle la population et les régions desservies par les bureaux seraient les facteurs centraux de la détermination des besoins en personnel par rapport à la population. Lorsqu'il y a lieu, on devrait faire les comparaisons appropriées avec ce qui s'est fait à l'étranger. Cette évaluation devrait tenir compte des données démographiques, de l'âge et du revenu, des déterminants de la santé, des risques pour la santé, de l'état de santé et de la diversité culturelle et pourrait commencer par un examen du travail entrepris auparavant en 1996 dans le but d'élaborer une approche factuelle en matière d'allocation du financement de santé publique.

Il importe de déterminer les moyens nécessaires par habitant et l'ensemble d'aptitudes requises qui devraient être mises en place à l'échelle locale

pour assurer une couverture optimale. Ce travail devrait se dérouler de manière à ce qu'il puisse être utilisé dans les délibérations sur le regroupement des bureaux de santé publique. En retour, la détermination de ce qui devrait être mis en place sur le plan de la capacité essentielle nous éclairerait sur la meilleure façon de configurer ces ressources.

Ce processus permettrait aussi à la province de commencer à répondre aux préoccupations soulevées par le vérificateur provincial au sujet des inégalités dans la disponibilité des ressources en santé publique[27]. En ce qui concerne la capacité, l'examen devrait manifestement inclure des facteurs liés à la gouvernance qui pourraient gêner le fonctionnement des bureaux locaux ou y contribuer. Le comité d'experts croit toujours au besoin d'un regroupement mais suggère l'idée qu'il doit reposer sur des preuves et sur une évaluation honnête et approfondie des obstacles à un fonctionnement plus efficace à l'échelle locale.

2. Approche par étapes à l'élaboration de l'agence

En marge du réexamen des bureaux de santé publique, le comité d'experts prodigue quelques conseils sur la mise en œuvre par étapes de l'agence proposée, notamment sur les étapes intermédiaires qui pourraient aider à faire progresser le processus.

Nous croyons qu'à la longue, l'agence pourrait étendre ses activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des accidents. Les activités de promotion de la santé en Ontario et dans le pays sont vastes et complexes et font appel à de multiples partenaires et ce, à tous les niveaux. Il faudra du temps pour déterminer convenablement le rôle le plus efficace que l'agence pourrait jouer sans faire double emploi avec le travail des autres. Le comité d'experts conseille de lancer un plan de projet précis pour déterminer quelles sont les lacunes et les occasions importantes sur lesquelles l'agence pourrait se pencher dans le temps.

Le comité d'experts souligne l'importance de préserver une vision détaillée pour l'agence et l'importance vitale des activités de promotion de la santé pour la population de l'Ontario. Cependant, le comité d'experts suggère qu'aux fins de la mise en œuvre par étapes on mette au départ l'accent sur la lutte contre les maladies transmissibles et infectieuses et que l'on définisse les rôles centraux en matière de recherche scientifique, d'examens de laboratoire, d'épidémiologie et de formation.

Le chapitre quatre donne plus de détails sur un plan proposé de mise en œuvre sur plusieurs années pour le renouvellement de la santé publique sous forme de recommandations présentées par le comité d'experts dans son rapport préliminaire de même que dans le présent rapport final.

A. Équipe de transition

Pour transformer le cadre général esquissé dans le présent rapport en une agence, le ministère devrait créer une équipe dévouée à la planification de la transition disposant d'une expertise appropriée dans le domaine du droit, de la recherche, des travaux de laboratoire, de la santé publique, des communications et de la technologie de l'information et être liée au médecin hygiéniste en chef.
L'équipe devrait être appuyée par un petit groupe parallèle consultatif d'experts. Il devrait aussi y avoir un mécanisme formel permettant de recueillir des commentaires et fournir des informations aux organisations intéressées du secteur de la santé.

B. Tâches initiales

Nous présentons ci-dessous certaines recommandations sur les principales tâches initiales que l'équipe de transition devra entreprendre.

i) Coordination de la surveillance et planification stratégique
Notre rapport préliminaire contenait une analyse détaillée des améliorations que l'on devrait apporter dans les domaines de la coordination, de la capacité de collecte des données, et du soutien technologique dont l'Ontario a besoin pour mieux surveiller les menaces à la santé émergentes et réémergentes et y réagir.

L'une de nos recommandations portait sur la nécessité de concentrer les efforts, tant au niveau provincial et que fédéral, sur le renforcement notable du soutien en technologie de l'information dont dispose la santé publique et en particulier le secteur des laboratoires.

Nous avons souligné de nouveau ce besoin dans le présent rapport final et nous suggérons, à titre provisoire, les domaines d'activité prioritaires suivants :

- Collaboration technique avec le gouvernement fédéral sur les efforts visant à créer un système de surveillance connecté et technologiquement avancé. Il s'agirait entre autres de collaborer activement avec le Centre pour la coordination de la surveillance qu'abrite actuellement Santé Canada et d'examiner des modèles novateurs mis en œuvre à l'heure actuelle dans d'autres collectivités au Canada et à l'étranger et qui pourraient être appliqués en Ontario. On devrait accorder une attention particulière au travail de l'État de New York.

- Examen plus poussé des possibilités de renforcer la capacité de surveillance actuelle par des approches qui tirent parti d'une gamme

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

d'ensembles de données existants. Celles-ci comprendraient l'exploration des possibilités d'utiliser les données de télésanté provinciale et les données sur les ventes de médicaments vendus sans ordonnance comme système d'alerte précoce. L'utilité des données sur les ventes de médicaments vendus sans ordonnance, comme signal d'alerte annonçant l'émergence de menaces à la santé, est maintenant clairement démontrée. Par exemple, les éclosions de maladies transmises par l'eau provoquent une hausse des ventes de médicaments anti-diarrhéiques[28]. Les données de ce type, même si elles se rapportent aux médicaments sans ordonnance, peuvent être utilisées pour la surveillance des maladies.

- Prestation de conseils techniques sur les nouvelles approches ou méthodes pouvant servir à gérer convenablement les maladies émergentes et recommandation de mesures à court et à moyen terme pour aider les fournisseurs, les bureaux de santé publique et le ministère à mieux prévoir les menaces potentielles.

ii) Analyse épidémiologique
Étant donné les différences d'accès aux services d'épidémiologistes de formation au niveau des bureaux de santé publique et le manque généralisé d'épidémiologistes hospitaliers, un des premiers buts de l'agence devrait être d'améliorer l'accès régional et centralisé à l'analyse épidémiologique et au soutien pour traiter et gérer les questions locales.

À titre de mesure provisoire, le ministère devrait procéder à un examen comparatif de l'approche, de l'organisation, de la structure et du soutien en technologie de l'information déployé dans les unités épidémiologiques centralisées au sein d'agences choisies aux États-Unis et au Canada, dans les États ou les provinces. Cet examen devrait identifier les meilleures pratiques et les outils technologiques qui pourraient être incorporés dans la conception future de l'agence.

Par ailleurs, le Rapport sur la santé publique et l'épidémiologie de l'Ontario (PHERO) devrait être amélioré comme suit :

- Publier le PHERO deux fois par mois. À l'heure actuelle, il est publié une fois par mois et les sommaires des maladies à déclaration obligatoire sont fournis avec un délai de deux à trois mois. Publier l'information en temps opportun faciliterait et améliorerait les échanges et la dissémination de l'information, améliorant ainsi le soutien aux praticiens et aux décideurs. Il peut être utile de se demander s'il est possible d'avoir une publication bi-mensuelle et des sommaires épidémiologiques publiés sur une base mensuelle.

- Élargir le type d'information. Il est possible d'élargir la portée de l'analyse de l'information épidémiologique courante fournie dans le PHERO. Ces types d'analyse (par sujet et par région géographique) constitueraient un soutien utile sur le terrain.

- Créer des outils en ligne et exhaustifs améliorés pour le PHERO. Par exemple, les fonctions en ligne pourraient comprendre la possibilité de faire des recherches dans les numéros passés par sujet ou par mot clé ou en fonction de critères géographiques. Une telle capacité en ligne permettrait aussi de faire directement des observations. Parmi les fonctions supplémentaires qui pourraient être envisagées, mentionnons la création d'une communauté virtuelle permettant d'échanger information et ressources et d'y avoir accès, ainsi que l'incorporation d'outils de cartographie. Ces activités permettraient d'appuyer le travail de création de l'OPHIS.

iii) Laboratoire de santé publique

Le regroupement prendra du temps et devra reposer sur une solide compréhension de la capacité existante, fondée sur un examen organisationnel détaillé de la capacité existante du LSP et sur un examen approfondi des approches de partenariat possibles avec l'agence fédérale.

Les mesures provisoires suivantes devraient être prises :

1. L'introduction rapide de personnel de liaison avec les laboratoires au sein de la Division de la santé publique. Ces postes devraient apporter une expertise en laboratoire de santé publique au groupe de planification et devraient se voir confier le mandat de travailler directement avec le laboratoire central de santé publique pour officialiser et développer des liens améliorés entre la composante laboratoire et les composantes surveillance et épidémiologie abritées à l'heure actuelle à la Division de la santé publique.

2. Le comité d'experts croit profitable de recruter pour laboratoire central de santé publique un leadership médical de niveau M.D. ou PhD. Une fonction de liaison officielle devrait aussi être créée au sein du Laboratoire central de santé publique pour établir un lien avec la Division de la santé publique.

3. Mettre en œuvre un lien par vidéoconférence entre la Division de la santé publique du ministère et le Laboratoire central de santé publique dans le but d'accroître la fréquence et le degré d'engagement entre la santé publique et le leadership du laboratoire.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

4. Créer un organe de planification conjoint avec la Division de la santé publique et la direction des laboratoires au sein du ministère en tirant parti de l'expertise externe appropriée au besoin.

5. Selon notre analyse comparative externe initiale, les mesures de fondation suivantes devraient aussi être prises comme condition préalable à un transfert éventuel de la fonction de laboratoire central à l'agence.

    a. Un examen opérationnel officiel du système de Laboratoire central de santé publique de l'Ontario devrait être entrepris. Le but de l'examen serait de déterminer quelles améliorations fonctionnelles et procédurales sont nécessaires pour que le système de laboratoire fonctionne de façon optimale. Il consisterait entre autres à évaluer les besoins en TI et en soutien technologique, les processus commerciaux et les exigences à moyen et à long terme en capacité médicale et scientifique.

    b. Entreprendre un examen de la gamme existante de tests offerts par le système de laboratoire en santé publique de l'Ontario et les justifier. Le mandat central habituel d'un laboratoire de santé publique consiste à se concentrer sur ces formes d'examen qui sont émergentes ou hautement spécialisés dans le domaine de la santé publique. Le but devrait être d'axer clairement l'ordre du jour du laboratoire de santé publique et d'examiner des mesures appropriées pour éviter que d'autres secteurs se déchargent de la responsabilité d'effectuer certaines formes d'examens pour les confier à la santé publique.

    c. Le comité d'experts souligne de nouveau la nécessité d'augmenter l'expertise en microbiologie au sein du laboratoire de santé publique. Cependant, compte tenu de l'examen entrepris à ce jour, nous recommandons d'embaucher immédiatement quatre microbiologistes additionnels. L'examen opérationnel du laboratoire central pourrait conclure qu'il est nécessaire d'embaucher d'autres microbiologistes. Ces quatre postes de microbiologiste s'ajoutent aux deux postes additionnels recommandés dans notre rapport préliminaire.

iv) Recherche et transfert de connaissances

À titre de première étape de l'élaboration d'une capacité de recherche avancée au sein de l'agence, celle-ci devrait élaborer une vision et fixer des objectifs pour la recherche en santé publique en Ontario et devrait élaborer un ordre du jour officiel en matière de recherche. Plus

précisément, le but de l'agence devrait être de mettre à contribution les meilleures preuves de recherche disponibles provenant de sources diverses et d'assurer leur accessibilité et non de refaire ce qui a déjà été fait.

Nous recommandons que le ministère, à titre de mesure provisoire, s'engage avec la Colombie-Britannique et le Québec (au niveau de l'agence et du ministère) à entreprendre une étude détaillée des approches de partenariat avec les universités qu'ils ont employées et des leçons apprises.

S'assurer que la recherche soit pertinente, qu'elle soit diffusée et, plus important encore, qu'elle entraîne des changements fondés sur des preuves scientifiques est une tâche d'une énorme complexité.

À titre de mesure provisoire, le comité d'experts suggère fortement de procéder à un examen de l'approche, des structures et des fonctions qui se sont avérées efficaces pour l'IRSS, l'ICIS, le CDC et l'HPA britannique dans le but de commencer à réunir une expertise de base en transfert de connaissances au sein l'équipe de conception de l'agence.

La formation aussi est une priorité d'importance cruciale pour la revitalisation du système et de l'agence de santé publique. En ce qui concerne la priorité immédiate, le comité d'experts recommande, comme dans son rapport préliminaire, d'élargir rapidement le programme actuel de formation des praticiens de la lutte contre les infections en Ontario. Dans le présent rapport, le comité d'experts recommande également d'examiner les moyens d'assurer la santé publique au niveau local. Cet examen devrait comprendre un processus formel d'identification des besoins en matière de formation du personnel existant qui servira à guider un exercice précoce d'établissement de l'ordre du jour des programmes de formation requis une fois que l'agence aura été créée.

Le comité d'experts suggère aussi de commencer immédiatement à identifier les types et le format des outils de soutien officiels et non officiels en matière de formation à la lutte contre les infections qui seraient les plus efficaces pour le personnel œuvrant actuellement dans les soins de longue durée, les hôpitaux et les autres secteurs. Manifestement, le travail devrait comprendre une planification sur plusieurs années pour améliorer l'accès à la formation officielle et non officielle, grâce à des approches créatives comme le mentorat par les pairs, des CD-ROM, la formation en ligne, etc.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

v) Communications

Certaines mesures provisoires pourraient manifestement être prises immédiatement par l'équipe de transition. Ces mesures comprendraient ce qui suit :

- identifier le soutien et l'infrastructure des TI qui doivent être centralisés au sein de l'agence pour appuyer les communications internes et externes, ainsi que leurs coûts;
- apporter l'expertise en TI appropriée ainsi que l'expertise en communication pour contribuer à la conception de l'infrastructure des communications;
- commencer à ébaucher les protocoles et les plans appropriés de communication des risques et de crise;
- amorcer le processus d'élaboration d'un protocole d'entente entre le ministère, GSUO et l'agence.

De plus, il importe de tirer parti des expériences des autres organisations et collectivités en matière de communication des risques. Par exemple, Santé Canada a proposé d'entreprendre un examen de ses activités de communication des risques au cours de l'éclosion du SRAS. Le CDC a entrepris un examen des protocoles et des approches de communication et a réorganisé ses activités de communication pour mieux faire face aux situations d'urgence. Il y a eu aussi un certain nombre de tentatives de recherche et une série de publications sur les meilleures pratiques en matière de communication des risques et de crise, non seulement à la suite de l'expérience de l'éclosion du SRAS mais aussi à la suite de celle découlant de la maladie du charbon[29]. L'agence et le ministère pourraient tous deux bénéficier de ces expériences dans l'application de leurs mandats de communication respectifs.

Partage des responsabilités entre l'agence et le ministère

Le Comité d'experts prévoit que le ministère devra disposer en tout temps de la capacité d'interpréter et d'analyser les renseignements et les conseils fournis par l'agence. Si le ministère n'a aucuns moyens centraux pour évaluer et recevoir efficacement les conseils et les renseignements provenant de l'agence et pour adopter les mesures nécessaires afin de traduire les faits en politiques, l'utilité globale du modèle de l'agence s'en trouvera diminuée. Par conséquent, même en présence d'une agence, il demeure très important de doter la Division de la santé publique de personnes possédant des compétences analytiques et scientifiques en épidémiologie, surveillance et santé publique. Le but ici n'est pas de faire un dédoublement mais de s'assurer que les renseignements générés soient reçus de façon appropriée.

À la lumière des facteurs de succès, des domaines fonctionnels essentiels et de la mise en œuvre progressive décrits plus haut, le tableau ci-dessous met en évidence les principaux domaines de responsabilité du ministère en santé publique, comparativement à ceux que l'on propose de confier à l'agence.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Tableau 3 : Vue d'ensemble du partage proposé des responsabilités entre le ministère‡ et l'agence dans le domaine de la santé publique

Domaine	Ministère	Agence
Élaboration des politiques	• Responsabilité première.	• Fournir des conseils techniques et scientifiques au médecin hygiéniste en chef, à la demande.
Établissement de lignes directrices, de protocoles et de normes pour le programme	• Responsabilité globale. • Peut déléguer à l'agence des responsabilités précises quant à l'établissement des lignes directrices, des protocoles et des normes.	• Fournir des conseils techniques et scientifiques. • Responsabilités précises déléguées à l'agence par le ministère quant à l'établissement des lignes directrices, des protocoles et des normes.
Application des lignes directrices, des protocoles et des normes pour le programme	• Responsabilité première.	• Peut fournir une aide afin d'élaborer des modèles et des outils pour faciliter la conformité et l'application des lignes directrices, des protocoles et des normes. • La responsabilité première demeure à l'échelon du ministère.
Réseau d'experts	• Lien et collaboration constants avec divers experts pour soutenir, au besoin, la réalisation globale du mandat.	• Mettre sur pied un réseau d'experts grâce à des partenariats avec les organismes de recherche, les universités et les établissements de soins de santé (p. ex., nominations conjointes, recherche conjointe) pour compléter l'éventail des compétences au sein de l'agence ou par affiliation.
Développement de la recherche, du soutien, de la dissémination et du transfert des connaissances, notamment des outils (meilleures pratiques, normes et lignes directrices) en vue d'une utilisation sur le terrain	• **Court terme** : Établir un vaste programme de recherche en santé publique. Continuer à soutenir la recherche. Responsabilité première pour la dissémination et le transfert des connaissances du vaste domaine de la recherche en santé publique. • **Long terme** : Responsabilité première dans la coordination de la recherche en santé publique avec d'autres programmes de recherche en santé au sein du ministère ou avec le soutien de celui-ci.	• **Court terme** : Fournir des conseils techniques et scientifiques sur le vaste programme de recherche en santé publique. Préparer et appuyer un plan de recherche en maladies infectieuses et transmissibles. Responsabilité première quant à la dissémination et au transfert des connaissances. • **Long terme** : Responsabilité première pour l'établissement et le soutien d'un programme de recherche en santé publique. Responsabilité première quant à la dissémination et au transfert des connaissances.

‡ Le ministère peut conclure des ententes de collaboration ou déléguer des pouvoirs à d'autres agences ou organismes en vue d'assumer ses responsabilités.

Domaine	Ministère	Agence
Surveillance et épidémiologie	• **Court terme** : Responsabilité première en matière de surveillance et d'épidémiologie (notamment les conseils techniques, l'analyse des tendances et la dissémination des connaissances). • **Long terme** : Soutenir, fournir et contrôler les données et les analyses.	• **Court terme** : Responsabilité première quant à la surveillance des maladies infectieuses et transmissibles et à l'épidémiologie (notamment un système de surveillance relié et techniquement avancé, le renforcement de la capacité de surveillance, l'analyse des tendances, internationales entre autres, des conseils techniques, un soutien sur le terrain et la dissémination des connaissances) par l'intermédiaire du Système ontarien d'information sur la santé publique. • **Long terme** : Responsabilité première quant à la coordination, au contrôle et à la dissémination des renseignements sur la surveillance et l'épidémiologie.
Planification, évaluation et formation des ressources humaines en santé publique	• Responsabilité globale quant à la stratégie en matière de ressources humaines de santé publique (planification, évaluation et formation).	• Fournir des conseils techniques au ministère en planification des ressources humaines en santé publique. • Responsabilité première quant à l'enquête sur les lacunes dans la formation en santé publique et à la présentation de rapports, de même qu'à la recherche de solutions. • Responsabilité première dans la négociation d'un accès à d'autres agences et à l'établissement de partenariats avec elles afin de fournir une formation ciblée dans des domaines précis (p. ex., épidémiologie, lutte contre les infections dans les établissements).
Laboratoire de santé publique	• Responsabilité première dans la création de réseaux avec les laboratoires privés. • **Court terme** : Prise en charge continue du système de laboratoire en santé publique, afin d'augmenter le rôle de la Division de la santé publique. • **Long terme** : Transfert de responsabilité en matière de prise en charge des laboratoires de santé publique de façon coordonnée avec l'agence.	• Peut fournir une aide afin d'élaborer des modèles et des outils pour faciliter la conformité et l'application des lignes directrices, des protocoles et des normes. • La responsabilité première demeure à l'échelon du ministère.

Domaine	Ministère	Agence

Soutien des mesures et interventions d'urgence	• Responsabilité première avec d'autres services gouvernementaux pertinents	• Responsabilité première pour fournir des conseils techniques et scientifiques.
		• Responsabilité première sur demande (médecin hygiéniste en chef, terrain) pour :
		  • apporter un soutien en ce qui concerne l'évaluation des risques;
		  • fournir un soutien sur le terrain (notamment en ce qui a trait à la capacité d'appoint).
		• Suivant les directives du médecin hygiéniste en chef, donner des alertes par l'entremise de Système ontarien d'information sur la santé publique.

Communication	• Responsabilité première dans la communication générale en santé publique aux praticiens, au public et aux médias. • Pendant une crise ou une urgence, le ministère peut déléguer des responsabilités précises à l'agence.	• Responsabilité première dans le soutien de la communication des risques au ministère et aux praticiens (RCN). • Suivant les directives du ministère, l'agence peut assumer certaines responsabilités.
Relations avec les bureaux de santé publique	• Continuer avec la responsabilité première dans le financement et la prise en charge globale du programme.	• Fournir un soutien technique spécialisé et des ressources pour soutenir, sur demande, le travail sur le terrain.

Recommandations

Structure et mandat de l'agence

2. Le ministère doit créer une agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario qui sera constituée comme une agence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et détiendra l'autorité requise en vertu d'une loi. Elle aura le mandat suivant :

    - promouvoir et protéger la santé de la population de l'Ontario en créant des services scientifiques, de laboratoire et épidémiologiques rapides et précis et en apportant une expertise ainsi qu'un soutien aux mesures prises pour améliorer la santé des Ontariennes et Ontariens;

    - traduire les faits et la recherche en aide, outils, conseils et soutien pratiques et efficaces destinés aux fournisseurs de soins de santé en Ontario.

3. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit rendre compte au médecin hygiéniste en chef. Ce dernier est nommé d'office au conseil d'administration de l'agence et doit définir la direction stratégique. Un président-directeur général, sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef, sera nommé pour définir la direction scientifique et superviser le fonctionnement quotidien de l'agence.

Fonctions de base

4. Les fonctions de base de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, telles que définies dans le rapport, doivent inclure ce qui suit :

    a. lutte contre les maladies transmissibles et les infections;
    b. laboratoire central de santé publique;
    c. mesures d'urgence et soutien;
    d. promotion de la santé et prévention des blessures*;
    e. transfert de la recherche et des connaissances;
    f. épicentre et surveillance;
    g. services et soutien bibliothécaires;
    h. communications.

    * Un plan complet approprié pour l'intégration doit être présenté à l'agence au cours de la troisième année de fonctionnement.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

5. Le Laboratoire central de santé publique doit être mis en commun avec l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario envisagée et, dans la mesure du possible, il doit examiner les possibilités de partenariat avec les centres hospitaliers universitaires appropriés, tout en maintenant une intégrité organisationnelle. Ces possibilités pourraient aller d'une officialisation des accords sur la capacité d'appoint à une collaboration possible à plus grande échelle.

6. Le ministère doit diriger une évaluation du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), dans le cadre de laquelle on pourra élargir les composantes de recherche et de formation.

7. Dans les trois ans suivant sa création, les progrès de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent faire l'objet d'une évaluation externe.

Facteurs clés du succès

8. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit être basée sur les facteurs clés de succès suivants, tel que présentés dans le rapport :
   - transparence;
   - responsabilisation;
   - intégration d'une équipe d'experts multidisciplinaire;
   - intégrité et crédibilité;
   - soutien intersectoriel;
   - partenariats;
   - culture des ressources et du service.

9. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit préparer ou aider à préparer les rapports annuels suivants :
   - rapport sur la santé des Ontariennes et Ontariens (peut-être semestriel);
   - rapport sur le rendement de la santé publique;
   - rapport de vérification;
   - plan de rendement de l'agence;
   - rapports sur l'état de la lutte contre les infections.

   Ces rapports doivent être rendus publics dans les 30 jours suivant leur présentation au médecin hygiéniste en chef.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Conseil d'administration de l'agence

12. Le conseil d'administration doit adopter une structure formelle dans le but de superviser les objectifs financiers et fonctionnels de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. Le choix des membres doit refléter adéquatement les compétences et la représentation propres à l'organisme. Le noyau des membres du conseil d'administration doit comprendre, au minimum, des représentants experts dans les domaines suivants :
    - laboratoire;
    - secteur hospitalier;
    - fournisseur communautaire;
    - expérience de la gouvernance;
    - santé publique;
    - nomination commune avec le gouvernement fédéral.

    De plus, au moins un siège doit être disponible pour un représentant du public. Le choix final des membres du conseil d'administration doit être fait par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, uniquement à partir d'une liste de membres potentiels, nommés ou proposés à la suite d'un processus de nomination transparent, et finalisée par un groupe d'experts externe. Les membres du conseil doivent servir pour des durées fixes mais décalées et ils doivent être nommés par décret.

    Le premier directeur du conseil d'administration est nommé par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur recommandation du médecin hygiéniste en chef pour une durée fixe minimale de cinq ans.

Loi constitutive de l'agence

13. L'Ontario doit créer une loi constitutive pour l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario et elle doit définir un protocole d'entente détaillé, décrivant les liens avec le ministère, Gestion des situations d'urgence Ontario et d'autres partenaires appropriés, qui doivent, au minimum :

    - fixer le rôle et la structure de la future agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, notamment les mesures de sécurité appropriées pour sauvegarder son intégrité et son autorité et s'assurer que les produits et les rapports de recherche sont rendus publics dans un délai de 30 jours après leur présentation au médecin hygiéniste en chef, dans le cas où ils n'auraient pas encore été rendus publics;

- accorder à l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario l'autorité légale pour recueillir, utiliser et divulguer les renseignements médicaux personnels nécessaires à l'exercice des fonctions exigées par son mandat;

- fixer les obligations de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario en ce qui concerne la préparation et la diffusion publique d'un plan de rendement annuel sur l'agence décrivant les objectifs, les mesures du rendement et les progrès réalisés annuellement;

- obliger l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario à effectuer une vérification annuelle qui sera déposée par le ministère dès que possible et au moment le plus opportun avant d'être présentée devant l'Assemblée législative.

Mise en œuvre progressive

14. Les fonctions initiales de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent être mises en œuvre tel que décrit dans la section sur la mise en œuvre progressive du rapport. Ces domaines d'intérêt comprennent :
    - la coordination de la surveillance et de la planification stratégique;
    - l'analyse épidémiologique;
    - le Laboratoire central de santé publique;
    - la recherche et le transfert des connaissances;
    - les communications.

15. Les étapes intermédiaires suivantes doivent être mises en œuvre pour préparer la transition de la capacité des laboratoires de santé publique vers l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario :

    - La Division de la santé publique du ministère doit procéder immédiatement à l'embauche de personnel de liaison au sein de la division afin qu'ils travaillent directement avec le Laboratoire central de santé publique pour formaliser et créer des réseaux améliorés entre la composante constituée par le Laboratoire et les composantes de surveillance et d'épidémiologie se trouvant actuellement au sein du ministère.

    - Des médecins-chefs, docteurs en médecine ou détenteurs d'un doctorat, doivent être recrutés à l'échelon du Laboratoire central de santé publique. Une liaison officielle doit être établie pour faire le lien avec la Division de la santé publique.

- En plus de la nécessité d'assurer un minimum de deux postes de microbiologiste médical et de directeur médical (tel qu'identifié dans le rapport préliminaire du Comité d'experts), le ministère doit s'engager à créer deux autres postes de microbiologistes médicaux (pour arriver à un total de quatre nouveaux postes) au cours des 12 prochains mois.

- Une liaison par vidéoconférence doit être établie entre la Division de la santé publique du ministère et le Laboratoire central de santé publique.

- Un organisme de planification conjoint doit être créé entre la Division de la santé publique et la Direction des laboratoires du ministère, et doit tirer parti de l'expertise externe appropriée, si nécessaire.

- Un examen opérationnel formel du système du Laboratoire central de santé publique doit être entrepris en se concentrant principalement sur :

    a. les principaux services et mécanismes d'analyse nécessaires pour centrer les activités du Laboratoire de santé publique sur les aspects d'importance cruciale;

    b. les principales améliorations aux procédures et au fonctionnement pour s'assurer que le Laboratoire central de santé publique soit en mesure de fonctionner de façon optimale tant lors d'éclosions qu'en situation normale. Les éléments qu'il conviendrait d'examiner comprennent les outils technologiques, les procédés administratifs et les impératifs de capacité scientifique à moyen et long terme.

Autonomie du médecin hygiéniste en chef

17. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* doit être modifiée pour donner au médecin hygiéniste en chef :

    a. « L'autorité de faire des commentaires publics, notamment de présenter ses observations devant l'Assemblée législative, sans autorisation préalable du ministère lorsque, d'après le médecin hygiéniste en chef, l'urgence du risque pour la santé publique l'exige ».

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

b. « L'autorité de divulguer des recherches ou des rapports, qui, à son avis, sont pertinents à la sensibilisation aux questions se rapportant à des risques permanents ou émergents pour la santé des Ontariennes et Ontariens ou à la capacité de la province d'intervenir face à de tels dangers. En dehors des cas d'urgence sanitaire, le médecin hygiéniste en chef donnera au ministère une période maximale de 30 jours pour examiner ce matériel avant de le rendre public ».

Échelon du bureau de santé publique

22. Le ministère doit demander une évaluation indépendante de la santé publique locale. Elle doit inclure des avis d'experts et des comparaisons à des collectivités publiques appropriées dans le but de :

- déterminer les compétences minimales devant être disponibles à l'échelon du bureau de santé sur la base de facteurs déterminants tels que les caractéristiques géographiques et culturelles, l'état de la santé et les besoins de santé;

- définir les principaux obstacles dans les domaines fonctionnel, systémique et dans celui de la gouvernance qui peuvent contribuer ou nuire au bon fonctionnement des bureaux de santé locaux;

- recommander des modèles adéquats de regroupement des bureaux de santé lorsqu'un tel regroupement est rationnel, sur la base des faits générés plus haut, et qu'il contribue à renforcer les ressources du bureau de santé publique local.

24. Dans le cadre de l'évaluation des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* pour la santé publique, nous recommandons que l'inclusion de la communication des risques de santé publique soit prise en compte comme étant l'une des normes du programme.

Intervention graduelle

62. À la fin de l'examen législatif, le ministère doit élaborer et mettre en œuvre des schémas d'alerte améliorés pour les urgences de santé publique en utilisant des méthodes adéquates.

Communications

70. Un réseau d'alerte sanitaire doit être créé dans le cadre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario pour diffuser différents types de messages sur la santé (alerte, conseil, actualités) aux intervenants clés, sur la base de protocoles faisant l'objet d'un accord préalable. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario met en œuvre ce réseau d'alerte sanitaire à la demande du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit d'un moyen pour soutenir l'intervention en cas de situation de crise et d'urgence ainsi que la capacité d'intervention aux échelons local et provincial.

73. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit apporter soutien et conseils en matière de communication des risques au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, aux bureaux de santé publique et à d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé locaux, notamment les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Pour cela, l'agence doit :

- appuyer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en lui apportant des conseils techniques et scientifiques portant sur des sujets et des enjeux précis ainsi qu'en matière de communication des risques en général;

- créer et entretenir un réseau de communication des risques ayant pour objectif d'améliorer la capacité, tant au niveau sanitaire qu'à celui de la communication, des praticiens pour qu'ils puissent entreprendre et évaluer les activités de communication des risques.

81. Un processus continu doit être créé pour communiquer les renseignements aux intervenants, notamment ceux qui ont trait à la surveillance et à l'épidémiologie, à la recherche, aux meilleures pratiques, etc. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit élaborer et soutenir un Système ontarien d'information sur la santé publique pour permettre ce partage des renseignements. Ce système a pour objectif de fournir un portail spécifique d'accès aux renseignements épidémiologiques et de surveillance, comportant des analyses et de l'information relative aux tendances (notamment des rapports spécifiques) pour aider praticiens et décideurs.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Bibliographie

1. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, c. H.7.

2. Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. Rapport annuel 2003. *Chapitre 3 : Rapports sur les vérifications d'optimisation des ressources : Section 3.09 : ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Activité de la santé publique*. 2003. [pages 217 à 244]. Consultation en ligne : http://www.auditor.on.ca/french/fr_reports/fr03/fr03fm.htm. Consulté le 12 janvier 2004; Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. Rapport annuel 1999. Chapitre quatre. *Suivi des recommandations du Rapport annuel 1997 : Section 3.10 : ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Activité de la santé publique*. 1999. [pages 281 à 285]. Consultation en ligne : http://www.auditor.on.ca/english/reports/e99/400en99.pdf. Consulté le 12 janvier 2004; Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. Rapport annuel 1997. *Chapitre 3 : Rapports sur les vérifications d'optimisation des ressources : Section 3.10 : ministère de la Santé : Activité de la santé publique*. 1997. [pages 150 à 170]. Consultation en ligne : http://www.auditor.on.ca/french/fr_reports/f97/fr97t_fm.htm. Consulté le 12 janvier 2004.

3. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*; rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. [Ottawa]: Santé Canada; 2003, pages 40 à 49.

4. Ibidem, p. 73.

5. Commission européenne. *Proposition de règlement du parlement européen et du conseil instituant un Centre européen [de prévention et de contrôle des maladies]*. 2003. Consultation en ligne : http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2003/com2003_0441fr01.pdf. [pages 1-2]. Consulté le 26 février 2004.

6. Centers for Disease Control and Prevention. *About CDC. CDC's mission*. 2004. Consultation en ligne : http://www.cdc.gov/aboutcdc.htm. Consulté le 9 mars 2004.

7. Anonyme. « History of CDC ». *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1996;45(25): 526- 30.

8. BC Centre for Disease Control. *Statistics and reports. 2003-2004 BCCD performance plan*. 2004. Consultation en ligne : http://www.bccdc.org/content.php?item=5&PHPSESSID=7abe2814426750fe1850f4402426b63e. Dernière modification : 2004-02-05. Consulté le 19 janvier 2004.

9. Institut national de santé publique du Québec. *Rapport annuel de gestion 2002-2003*. 2003. Consultation en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/200-RapportAnnuel2002-2003.pdf. Consulté le 19 janvier 2004.

10. The Royal Society: UK National Academy of Science. *Emerging infections: what have we learnt from SARS?* Discussion organisée par Lord May d'Oxford OM AC Kt PRS, D^re^ Angela McLean, Sir John Pattison et P^r^ Robin Weiss FRS. London, le mardi 13 janvier 2004. Des sommaires peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante : http://www.royalsoc.ac.uk/events/.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

11. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Décembre 1997. Consultation en ligne : http://www. health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf. Consulté le 17 janvier 2004.

12. Health Protection Agency. *Health Protection Agency Finance Handbook.* Chapitre 2, section 1. *Management statement.* 15 janvier 2004. [pages 7-8]. Consultation en ligne : http://www.hpa.org.uk/hpa/about_us/HPAmanagement_statement.pdf. Consulté le 20 janvier 2004.

13. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. 2001, S-2.2.

14. *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*, L.R.Q., chapitre I - 13.1.1. [Consultation en ligne : http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_13_1_1/I13_1_1.HTM]; Institut national de santé publique du Québec. *Qui sommes-nous?* 2003. Consultation en ligne : http://www.inspq.qc.ca/institut/default.asp?B=1. Dernière modification : 2003-03-12. Consulté le 2 mars 2004.

15. Zoutman DE, Ford BD, Bryce E, Goudeau M, Hebert G, Henderson E, Paton S et coll. « The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals ». *Am J Infect Control.* 2003;31(5):266-72; discussion 272-3.

16. Institut national de santé publique du Québec. *Developing knowledge, sharing information. General duties.* 2003. Consultation en ligne : http://www.inspq.qc.ca/english/default.asp?A=7. Dernière modification : 2004-01-27. Consulté le 3 février 2004.

17. BC Centre for Disease Control. *Promoting and protecting public health. 2002/2003 BCCD performance plan.* 2002. Consultation en ligne : http://www.bccdc.org/downloads/pdf/cdc/reports/performanceplan2002_03.pdf [p. 17] Consulté le 11 février 2004.

18. Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) *About PHRED Mission.* Consultation en ligne : http://www.phred-redsp.on.ca/about_phred/.html. Consulté le 19 janvier 2004.

19. Partenaires du REDSP de l'Ontario, Frank J, Di Ruggiero E, Picard L, Chambers L, Underwood J [dirigeant]. *Building public health research, education and development: a five site consultation.* Le 31 juillet 2002. Présenté aux Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé publique et des populations par les partenaires du REDSP de l'Ontario. Consultation en ligne : http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/ institutes/ipph/phred_e.pdf. Consulté le 16 février 2004.

20. Institut national de santé publique du Québec. *Developing knowledge, sharing information. General duties.* 2003. Consultation en ligne : http://www.inspq.qc.ca/english/default.asp?A=7. Dernière modification : 2004-01-27. Consulté le 3 février 2004.

21. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. « Evidencebased medicine: what it is and what it isn't ». *BMJ.* 1996;312 (7023):71-2; école de médecine de l'Université du Massachusetts. Lamar

Soutter Library. *Evidence based practice for public health project.* c.2000-2004. Consultation en ligne : http://library.umassmed.edu/ebpph/. Consulté le 16 mars 2004.

22. Callum JL, Pinkerton PH. *Bloody easy: blood transfusions, blood alternatives and transfusion reactions: a guide to transfusion medicine.* Toronto, Ontario : Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre; 2001. Consultation en ligne : http://www.lhsc.on.ca/lab/bldbank/assets/bloodye.pdf. Consulté le 18 mars 2004.

23. Institute for Safe Medication Practices Canada. 2000-2004. Consultation en ligne : http://www.ismp-canada.org/index.html. Consulté le 18 mars 2004.

24. Partners in Information Access for the Public Health Workforce. *Our mission.* 2004. Consultation en ligne : http://phpartners.org/. Dernière révision : 2004-13-02. Consulté le 20 février 2004.

25. Ontario Public Health Libraries Association. *The role of Information Professionals in Public Health.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 17 mars 2004.

26. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Public Health and Epidemiology Report Ontario* (Rapport sur la santé publique et l'épidémiologie de l'Ontario). Consultation en ligne : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pub_menus/pub_phero.html. Consulté le 17 mars 2004.

27. Bureau du vérificateur provincial de l'Ontario. Rapport annuel 2003. *Chapitre 3 : Rapports sur les vérifications d'optimisation des ressources : Section 3.09 : ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Activité de la santé publique.* 2003. [pages 217 à 244]. Consultation en ligne : http://www.auditor.on.ca/french/fr_reports/fr03/fr03fm.htm. Consulté le 12 janvier 2004.

28. McQuigge M, Adams J. Présentation au commissaire A. Campbell : le 19 novembre 2003, à 15 h 15, à Toronto. Consultation en ligne : http://www.sarscommission.ca/hearings/06Wed.Nov.pdf/Wed_3_15_Elivery_Solutions_McGuigge_speaking_notes.pdf. Consulté le 27 février 2004. Stirling R, Aramini J, Ellis A, Lim G, Meyers R, Fleury M, Werker D. « Waterborne cryptosporidiosis outbreak, North Battleford, Saskatchewan, Spring 2001 ». *Can Commun Dis Rep.* 2001;27(22):185-92; Hogan WR, Tsui F-C, Ivanov O, Gesteland PH, Grannis S, Overhage MJ, Robinson JM, Wagner MM. « Detection of pediatric respiratory and diarrheal outbreaks from sales of over-the-counter electrolyte products ». *JAMIA.* 2003;10 (6):555 - 562; Gallay A, Vaillant V, Bouvet P, Grimont P, Desenclos J-C. « How many foodborne outbreaks of salmonella infection occurred in France in 1995?: application of the capture-recapture method to three surveillance systems ». *Am J Epidemiol.* 2000;152(2):171 - 177; Angulo FJ, Tippen S, Sharp DJ, Payne BJ, Collier C, Hill JE et coll. « A community waterborne outbreak of salmonellosis and the effectiveness of a boil water order ». *Am J Public Health.* 1997; 87(4):580-584.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

29. Mebane F, Temin S, Parvanta CF. « Communicating anthrax in 2001: a comparison of CDC information and print media accounts ». *J Health Commun.* 2003;8(Suppl 1):50-82; article 148-51; Prue CE, Lackey C, Swenarski L, Gantt JM. « Communication monitoring: shaping CDC's emergency risk communication efforts ». *J Health Commun.* 2003;8(suppl. 1):35-49; article 148-51; Vanderford ML. « Communication lessons learned in the Emergency Operations Center during CDC's anthrax response: a commentary ». *J Health Commun.* 2003;8(suppl. 1):11-2.

Chapitre deux :
Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Aperçu du chapitre

Page

Aperçu 157
Coûts primaires prévus

Introduction 158
1. Premières tentatives post-SRAS
2. Exemples de réseaux de santé en Ontario
   A. Réseau ontarien de soins cardiaques
   B. Action Cancer Ontario
   C. Stratégie coordonnée sur l'accident vasculaire cérébral
   D. Qu'avons-nous appris de ces initiatives de réseaux?

Quelle voie suivre à présent? 164
1. Comité provincial permanent sur les maladies transmissibles
   A. Mandat du nouveau comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles
      (i) Normes et lignes directrices
      (ii) Avis
      (iii) Protocoles modèles
      (iv) Indicateurs de base
      (v) Recherche
      (vi) Planification des mesures d'urgence
      (vii) Politiques
   B. Structure et gouvernance d'un nouveau comité provincial
   C. Relations d'un nouveau comité provincial
   D. Qu'en est-il du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles?

2. Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections
   A. Initiatives de réseaux de lutte contre les infections en cours en Ontario
   B. Éléments clés pour les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections
      (i) Mandat
      (ii) Ressources réservées, financement et gouvernance
      (iii) Infrastructure
      (iv) Composition des réseaux régionaux
      (v) Relations
   C. Limites du réseau

Indicateurs de base 190

Mise en œuvre progressive 192
1. Priorités immédiates (1 à 3 mois)
2. Priorités à court terme (3 à 12 mois)
3. Priorités à moyen terme (1 à 2 ans)

Effets à l'échelon des établissements 195
1. Infections nosocomiales et programmes internes de lutte contre les infections
2. Rôle de l'hygiène et de la sécurité au travail en matière de lutte contre les infections
3. Conception des établissements
   A. Normes ou lignes directrices
   B. Conception des salles d'urgence
   C. Capacité d'isolement dans les établissements, sur une base régionale

Recommandations 204

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Aperçu

Lorsque l'Ontario a connu sa première crise du SRAS, on a pu constater l'absence marquée d'un comité d'experts provincial permanent totalement opérationnel pouvant fournir la capacité scientifique nécessaire en cas d'urgence sanitaire. Le Comité consultatif scientifique sur le SRAS de l'Ontario n'a eu d'autre choix que de remplir ce rôle dans des circonstances nouvelles et extrêmes.

Le Comité d'experts demande instamment au ministère de procéder immédiatement à la création d'un comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles (CPLMT). Il est envisagé que le CPLMT agisse à titre d'organisme central pour établir, réviser et commenter des normes et des lignes directrices de lutte contre les infections ou pour les diffuser auprès des fournisseurs de soins de santé en Ontario. Le Comité d'experts prévoit également que le CPLMT fournisse des documents consensuels sur les meilleures pratiques de lutte contre les infections pour l'Ontario en vue de les adapter à chaque secteur du système de santé.

Le Comité d'experts demande aussi que soient renforcés la coordination régionale, la cohérence et le soutien des activités de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. À cette fin, le Comité d'experts appuie la mise sur pied de réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections (RRLMTI) officiels et dotés des ressources nécessaires afin de promouvoir la cohérence, l'orientation et le renforcement de la structure en matière d'intervention contre les maladies transmissibles et les infections, lesquels doivent être mis en œuvre sans délai. Nous proposons que les réseaux régionaux servent de lien entre les secteurs engagés dans la lutte contre les maladies transmissibles et les infections et qu'ils assurent un lien direct avec un département de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections au sein de l'agence proposée.

En outre, le Comité d'experts recommande en priorité immédiate un financement renforcé pour la formation dans le domaine de la lutte contre les infections. En ce qui concerne la conception des établissements, nous recommandons qu'un fonds de remise en état des établissements soit créé afin de soutenir les nouvelles lignes directrices et normes ayant trait à la conception des établissements et à la lutte contre les infections.

Coûts primaires prévus

- Les coûts d'exploitation amortis sur une base annuelle du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles sont de 0,75 M $.

- Les coûts anticipés de création des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections à l'échelle de la province comprennent des investissements de 5 M $ pour la première année, de 10 M $ pour la deuxième année et de 15 M $ pour la troisième année, suivis d'un engagement annuel renouvelé de 17 M $ par an.

- Les coûts d'exploitation amortis sur une base annuelle nécessaires aux cours de formation à la lutte contre les infections sont de 5 M $ à partir de la troisième année, avec un investissement initial de 1,5 M $ pour la première année et de 2,5 M $ pour la deuxième année.

- Le financement du programme ciblé de lutte contre les infections des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée doit être amorti sur une base annuelle à raison de 15 M $ d'ici la troisième année.

- Le coût relié à la remise en état des établissements est de 70 M $ sur trois ans avec une attribution initiale de 10 M$ au cours de la deuxième année.

Introduction

Les activités de lutte contre les infections ont pour objectif de prévenir et de lutter contre la propagation des maladies infectieuses. Ces maladies ne s'arrêtent pas aux frontières physiques ou géographiques et se déplacent en même temps que les personnes ou les animaux. De plus, notre mode de vie moderne a eu des répercussions inattendues sur l'émergence et la propagation de maladies infectieuses qui n'étaient pas diagnostiquées auparavant ou qui réapparaissent. Des facteurs tels que la multiplication des voyages internationaux, les changements de pratiques agricoles, l'urbanisation et le changement climatique ont conduit à la propagation de maladies comme le SRAS, le VIH et le virus du Nil occidental[1]. Cet état des choses est associé à une augmentation inquiétante du nombre d'organismes résistants aux antibiotiques et de leur prévalence, ce qui a eu pour effet de miner notre confiance en notre capacité à maîtriser facilement les maladies infectieuses à l'aide de médicaments.

Malgré l'étendue et la mobilité considérables des maladies transmissibles, l'Ontario, comme plusieurs autres collectivités publiques, n'a jamais eu

d'approche coordonnée de lutte contre les infections. Les collectivités publiques sont délimitées par des frontières physiques concrètes, avec des établissements individuels qui mettent en œuvre des programmes différents pour lutter contre les infections. En Ontario, certains établissements ont des programmes de lutte contre les infections très élaborés, alors que d'autres ont des programmes rudimentaires, ou pire, aucun programme. De plus, pas un seul ensemble de normes n'a été adopté en Ontario pour guider l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et mesures de lutte contre les infections pour tous les établissements et organismes. De même, il y a très peu de processus formels en place pour soutenir les professionnels des soins actifs et les professionnels de la santé publique collaborant dans le domaine de la lutte contre les infections. Bien que nous ayons élaboré des lignes directrices en matière de lutte contre les infections au niveau fédéral, leur application est extrêmement variable tant à l'échelle du Canada et qu'en Ontario.

Voilà ce qu'était, en grande partie, la manière dont la lutte contre les infections était structurée lorsque le SRAS a frappé; cette situation a entraîné des approches non cohérentes et isolées pour contenir la maladie – ce que le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a appelé des « efforts vaillants isolés[2] ». Le fait que, malgré de telles contraintes, la flambée a été contenue est tout à l'honneur des efforts déployés par les travailleurs de la santé.

D'une certaine manière, les approches incohérentes qui ont été adoptées reflètent également le cloisonnement des organismes. Cette question, qui devra être abordée dans le cadre de l'élaboration de l'agence et des réseaux de santé publique, est traitée plus loin dans ce chapitre.

À une époque de transferts rapides des patients entre les établissements et la communauté, la lutte contre les infections doit être coordonnée dans tous les domaines du système de santé et associée à des normes et à des lignes directrices uniformes. La question qui se pose alors est de savoir comment il faut assurer la coordination et la cohérence dans la lutte contre les infections en Ontario.

1. Premières tentatives post-SRAS

En l'absence de normes provinciales uniformes dans le domaine de la lutte contre les infections, en l'absence aussi d'un nombre adéquat de professionnels formés à la lutte contre les infections ou de réseaux pour faciliter l'échange des ressources et de l'expertise dans le domaine de la lutte contre les infections, un certain nombre d'initiatives locales ont été lancées de manière officielle et officieuse après la crise du SRAS. Dans plusieurs endroits, les institutions sans programme officiel de lutte contre

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

les infections ou ayant des programmes « incomplets » se sont tournés vers celles qui avaient un programme fonctionnel en place pour obtenir conseils et soutien. Les établissements qui ne peuvent se permettre d'employer à plein temps un praticien de lutte contre les infections envisagent de partager la dépense, et donc l'expertise, d'un équivalent temps plein avec des établissements en situation semblable. L'idée a été lancée d'établir des accords formels entre établissements et organismes pour fournir des services de lutte contre les infections.

De façon plus officielle, certaines régions de l'Ontario ont commencé à élaborer des réseaux de lutte contre les infections. Ceux-ci seront traités plus en détail dans la deuxième partie de ce chapitre. Ces réseaux constituent un nouveau concept en Ontario ainsi que dans de nombreuses régions du Canada. Dans les provinces qui fournissent des services de santé grâce à un modèle régionalisé, les services de lutte contre les infections ont également été fournis à un niveau régional dans certaines zones, créant ainsi des réseaux régionaux. Cependant, actuellement, le système de santé de l'Ontario ne fonctionne pas dans un cadre de travail régional et les réseaux doivent, à toutes fins utiles, être développés à partir de zéro.

2. Exemples de réseaux de santé en Ontario

Le concept de réseaux de santé qui fonctionnent à l'échelon régional n'est pas nouveau pour l'Ontario. Au cours des 10 à 15 dernières années, un certain nombre de réseaux destinés à traiter des problèmes médicaux spécifiques ont été créés dans la province. Leur création a résulté de la nécessité d'améliorer l'efficacité et la qualité de certains services de santé, notamment l'accès aux services. Certains aspects de trois de ces réseaux, des « cas de réussite » relatives, seront décrits plus bas. Ils ne sont pas destinés à servir de modèle pour les réseaux régionaux de lutte contre les infections, mais ils peuvent donner des exemples tangibles de ce qui a fonctionné par le passé.

A. Réseau ontarien de soins cardiaques[3]

Le Réseau ontarien de soins cardiaques a pour mission de coordonner la prestation de services de soins cardiaques avancés et de conseiller le ministère relativement à ces services. Il a été récemment constitué en personne morale et doit actuellement assurer un certain nombre de rôles, notamment :

- recueillir, gérer, analyser et interpréter les données à l'aide des bases de données et des définitions normalisées du domaine cardiaque;
- préparer des rapports et communiquer les données et les renseignements relatifs au fonctionnement du système de soins cardiaques aux fournisseurs et aux bénéficiaires;

- surveiller le fonctionnement des éléments du système de soins cardiaques;
- élaborer des lignes directrices et des conseils en se basant sur les faits les plus probants et sur le consensus auquel sont parvenus des groupes d'experts;
- soutenir les fournisseurs en coordonnant l'accès aux soins cardiaques;
- conseiller le ministère quant à la conception du système ainsi qu'à la planification du système et de l'affectation des ressources.

Le réseau travaille aussi en partenariat avec l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

En tant que programme prioritaire, le Réseau ontarien de soins cardiaques reçoit un financement indépendant du ministère en fonction de son plan d'exploitation annuel, lequel est approuvé en même temps que son budget annuel. Il compte 17 hôpitaux ontariens qui pratiquent des cathétérismes cardiaques, des angioplasties ou des interventions chirurgicales et qui souscrivent à des accords de participation officiels. Parmi les participants, on compte aussi des chercheurs, des coordonnateurs régionaux, des professionnels des services de la santé, des fonctionnaires provinciaux et des représentants du ministère. Un coordonnateur de soins cardiaques et une équipe dédiée au soutien administratif sont présents dans chacun des 17 hôpitaux. Les coordonnateurs ne sont pas des employés du Réseau ontarien de soins cardiaques et doivent donc rendre compte à l'hôpital qui les délègue; toutefois, sur le plan fonctionnel, ils relèvent également du président-directeur général du réseau.

Parmi les facteurs clés de succès des réseaux qui ont été définis à la suite de l'initiative du Réseau ontarien de soins cardiaques, notons:
- un objectif clair qui définit les limites du mandat du réseau;
- des priorités clairement définies accompagnées d'échéances réalistes;
- un leadership et un partenariat dans le domaine clinique;
- la capacité de recueillir des renseignements et des données et de les partager;
- un financement spécial;
- un mécanisme permettant d'informer le ministère des activités du réseau.

B. Action Cancer Ontario[4]

Action Cancer Ontario (ACO) a pour mandat de fournir une orientation et un leadership stratégiques pour toutes les composantes des soins aux personnes atteintes de cancer en Ontario et d'élaborer et de promouvoir le respect des normes et des lignes directrices aux échelons provincial et

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

régional. L'ACO est un organisme du réseau provincial gouverné par sa propre loi, la *Loi sur le cancer*[5].

Dans le cadre de sa structure complexe organisée en comités, l'ACO a créé une série de comités régionaux. Ces derniers sont chargés d'assurer la coordination des services de soins aux personnes atteintes de cancer grâce à l'élaboration de programmes régionaux nécessaires à la prestation de services ainsi que la promotion de normes et de lignes directrices sur une base régionale et l'accès aux services. Ces responsabilités sont assurées par l'entremise d'accords d'affiliation avec des organismes et des réseaux de fournisseurs régionaux. La composition des comités régionaux est diversifiée et comprend des intervenants fournissant des soins aux personnes atteintes du cancer dans la région. Le rôle des comités régionaux est notamment :

- de s'assurer que les normes et les lignes directrices régionales sont respectées;
- d'obtenir et d'étudier les données en vue de fournir un cadre de travail nécessaire à la révision de la qualité des soins;
- d'évaluer le rendement en fonction d'indicateurs qui doivent être définis aux niveaux provincial et régional;
- de surveiller le rendement et d'émettre des conseils en vue d'améliorer le rendement du système;
- de participer à l'élaboration de plans pour la région;
- de rendre compte au public et à l'ACO, à intervalles réguliers, en utilisant un cadre de travail provincial pour la remise des rapports.

À l'instar du Réseau ontarien de soins cardiaques, l'ACO travaille en partenariat avec l'IRSS.

Dans le cadre de l'un de ses programmes, l'ACO a mis en place le programme de soins fondés sur les résultats cliniques et scientifiques afin d'élaborer, de diffuser et d'évaluer l'information relative aux soins selon les résultats escomptés pour les patients, les familles et les fournisseurs de soins de santé. Ce programme comprend des lignes directrices sur la pratique à l'intention des professionnels.

C. Stratégie coordonnée sur l'accident vasculaire cérébral[6]

La Stratégie coordonnée sur l'accident vasculaire cérébral (SCAVC) est une initiative conjointe du ministère et de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario baptisée « Groupe de travail sur la stratégie conjointe relative à l'accident vasculaire cérébral ». Son mandat est de créer une stratégie intégrée en matière d'accident vasculaire cérébral qui soit fondée sur les résultats à l'échelle de la province et mise en œuvre sur le plan régional.

La SCAVC regroupe 9 centres régionaux de lutte contre l'accident vasculaire cérébral, 15 centres de traitement des accidents vasculaires cérébraux et 13 cliniques de prévention de l'AVC secondaire, tous engagés dans la fourniture de soins de l'AVC et dans le soutien à la formation pour les fournisseurs de soins. Chacun des centres régionaux et des centres de traitement compte un coordonnateur à plein temps dont le salaire est subventionné par le ministère. En outre, les centres régionaux reçoivent des crédits pour un poste de directeur médical à temps partiel. D'autres ressources spéciales comprennent le financement des frais pour les quarts sur appel et les infirmières pour chaque centre et un financement pour chaque clinique de prévention secondaire.

La SCAVC travaille activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de lignes directrices sur les meilleures pratiques fondées sur les résultats, incluant un cadre d'éducation pour les professionnels de la santé. La SCAVC exerce également un suivi des avantages tirés de ces lignes directrices en ce qui a trait à la reconnaissance et à la gestion de la prévention de l'AVC ainsi que de ses résultats. Elle a développé une base de données globale sur l'AVC comme outil de soutien dans son rôle d'organisme de contrôle et d'évaluation.

Les facteurs clés de succès qui ont été identifiés au cours de l'expérience de la SCAVC sont les suivants :

- définition d'objectifs clairs fondés sur les résultats;
- collaboration entre les régions;
- ressources dédiées à l'échelon régional;
- capacité de recueillir des données et d'effectuer le transfert des connaissances.

D. Qu'avons-nous appris de ces initiatives de réseaux?

Un certain nombre de facteurs clés de succès ont émergé des exemples indiqués précédemment :

1. La capacité d'obtenir des données d'utilité commune qui peuvent démontrer l'efficacité des programmes et définir les tendances.
2. La création d'un poste de coordonnateur bénéficiant d'un financement en vue de soutenir les activités du réseau.
3. Un lien avec un organe central qui facilite la normalisation et donne une orientation fondée sur les résultats.
4. Un lien avec des moyens de recherche.
5. La participation directe de pairs chefs de file dans le domaine.
6. L'orientation claire sur une question ou un domaine de service spécifique dont les résultats sont mesurables.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Quelle voie suivre à présent?

Le rapport préliminaire recommandait la création d'un comité de lutte contre les infections afin d'établir des normes provinciales exhaustives à ce chapitre et de créer des réseaux régionaux de lutte contre les infections. Depuis la publication de ce rapport préliminaire, le Comité d'experts a tenu plusieurs réunions et discussions avec des experts reconnus dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, ce qui a permis au Comité de progresser dans l'élaboration de ces deux recommandations. De plus, les délibérations résultant de ces discussions ont conduit à affiner les noms du comité et des réseaux auxquels fait référence le rapport préliminaire, soit respectivement le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles (CPLMT) et les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections (RRLMTI).

L'Ontario a besoin d'être soutenue par un organisme unique pour toutes les questions reliées à la lutte contre les maladies transmissibles et les infections afin d'assurer une cohésion et une continuité à l'échelle de la province. Nous avons recommandé que ce rôle soit rempli par un département de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections au sein de la nouvelle agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Il faudra néanmoins quelques années avant qu'une telle agence soit en place. Pourtant, l'Ontario ne peut pas se permettre d'attendre avant de lancer une approche plus unifiée de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Ainsi, en attendant que l'agence soit totalement opérationnelle, il faut créer immédiatement un CPLMT ayant un rôle consultatif auprès du médecin hygiéniste en chef et, par conséquent, auprès du ministre. Par ailleurs, un CPLMT permanent devrait agir aussi bien à titre d'organe chargé de fixer les normes qu'à titre d'organe consultatif faisant partie de l'agence une fois que celle-ci aura été créée.

Un comité unique n'aura probablement pas la capacité de s'attaquer à toutes les questions qui lui sont présentées dans le cadre de son mandat. En outre, les membres du CPLMT peuvent s'avérer trop nombreux pour traiter efficacement de sujets spécifiques. Il peut donc être nécessaire de créer des sous-comités permanents ayant des mandats plus restreints et comptant des membres en provenance d'un plus grand nombre de domaines. Le Comité d'experts croit que la première priorité est de former un seul CPLMT permanent ainsi qu'un sous-comité provincial de lutte contre les infections. Des sous-comités supplémentaires devraient voir le jour pour remplir le mandat global du CPLMT en matière de maladies transmissibles, notamment :

- un sous-comité provincial sur les vaccinations;
- un sous-comité provincial sur les maladies transmissibles sexuellement;
- un sous-comité sur les agents pathogènes à diffusion hématogène;
- d'autres sous-comités, selon les besoins.

Aux fins du présent rapport, l'acronyme « CPLMT » inclura le comité permanent ainsi que les sous-comités.

Le CPLMT devra aussi être un pilier pour les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Ontario en leur fournissant, entre autres, des normes fondées sur les résultats et des lignes directrices. Les réseaux régionaux soutiendront à leur tour le CPLMT en :

- les aidant à faire appliquer les normes et les lignes directrices au sein des établissements et des organisations dans chaque région;
- coordonnant les activités de surveillance dans chaque région;
- faisant parvenir des données et de l'information au CPLMT.

1. Comité provincial permanent sur les maladies transmissibles

Lorsque l'Ontario a été touchée par le SRAS, aucun organe provincial permanent composé d'experts n'était en place pour effectuer des tâches telles que l'élaboration, l'évaluation et la diffusion de normes et de lignes directrices ayant trait aux activités de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. C'est donc dans des circonstances extrêmes et nouvelles que le Comité consultatif scientifique sur le SRAS de l'Ontario a été créé. Son objectif était d'agir à titre d'organisme chargé de fournir des avis scientifiquement valables sur lesquels pouvaient s'appuyer les lignes directrices à l'intention des fournisseurs de soins de santé en ce qui a trait à la prévention et à la lutte contre la propagation du SRAS. Une fois la crise du SRAS terminée, le Comité consultatif scientifique permanent sur le SRAS de l'Ontario a cessé de tenir des réunions à intervalles réguliers. Le Groupe d'étude sur les normes de lutte contre les infections a été créé à l'automne 2003 avec le mandat précis de recommander des normes provinciales de référence pour la lutte contre les infections et des normes de surveillance pour les maladies respiratoires fébriles en milieu de soins actifs. Plus tard, deux autres groupes d'étude ont été créés afin de recommander l'application de ces normes aux milieux de soins non actifs et communautaires. Les groupes d'étude ont été dissous après avoir rempli leur mandat et soumis leurs rapports finaux au ministère.

Au début 2004, les fournisseurs de soins de santé ont de nouveau été réunis afin de donner conseils et de prêter assistance en vue d'affiner des projets de plan contre la grippe pandémique en Ontario. Cette fois encore,

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

aucun organe permanent n'était tout à fait prêt à répondre de manière continue à cette question, à d'autres cas de maladies transmissibles ou à des questions de lutte contre les infections. Il est clair que le vide existant doit être rempli de façon permanente.

Cela ne signifie pas que des organes permanents consultatifs composés d'experts n'ont pas été mis sur pied par le passé. En 1987, le ministre de la Santé en place a créé le Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles pour le conseiller par l'intermédiaire du médecin hygiéniste en chef sur les politiques et programmes relatifs aux maladies transmissibles. Durant ses premières années d'existence, on a régulièrement fait appel au Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles en tant qu'organisme consultatif, même s'il ne s'agissait pas de questions concernant la lutte contre les infections au sein des établissements. Ce comité existe encore aujourd'hui; toutefois, le Comité d'experts a été informé qu'au cours des dernières années, son efficacité avait diminué à cause de l'irrégularité de ses réunions, de la pénurie de ressources et des changements de personnel au sein de la Division de la santé publique et de la perception, chez certains participants, que les avis émanant du Comité ne trouvaient pas toujours un écho au niveau du ministère.

Les membres qui composent le Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles viennent d'horizons variés et incluent des représentants de la direction des laboratoires du ministère, de la microbiologie médicale, des maladies infectieuses, des soins de longue durée, des soins actifs et de la médecine universitaire. Il est possible d'y compter des représentants d'organes de réglementation professionnelle ou d'associations. Le Secrétariat devrait soutenir ce comité par l'entremise de la Division de la santé publique, même s'il semble que, *de facto*, ce soutien ait été limité au cours des dernières années pour cause de pénuries de personnel.

Les responsabilités suivantes font partie du mandat du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles : « conseiller sur des questions relatives à des maladies transmissibles émergentes spécifiques au fur et à mesure de leur éclosion » et « définir pour le ministère les besoins relatifs aux lignes directrices et normes provinciales dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles[7] ». Finalement, malgré cela, et pour un certain nombre de raisons, le Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles n'a pas joué un rôle prépondérant pendant la crise du SRAS bien que le président ait participé aux mesures d'urgence.

A. *Mandat du nouveau comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles*

(i) Normes et lignes directrices

Tel que souligné dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts croit qu'il est nécessaire que le CPLMT agisse à titre d'organisme central pour définir ou passer en revue les normes et lignes directrices de lutte contre les maladies transmissibles et les infections et offrir des conseils à cet égard aux fournisseurs de soins de santé en Ontario. En outre, il existe déjà un certain nombre de lignes directrices nationales et internationales reflétant les meilleures pratiques fondées sur les résultats dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections; par exemple, celles qui ont été élaborées par Santé Canada et par le CDC aux États Unis. Le but du CPLMT n'est donc pas de réinventer la roue en élaborant de nouvelles normes et lignes directrices de lutte contre les infections pour l'Ontario. Le Comité d'experts estime plutôt que le rôle du CPLMT devrait être de prendre les lignes directrices existantes et de faire en sorte qu'elle soient pertinentes et applicables à l'Ontario, en un mot, de les « provincialiser ». S'il arrive qu'une question ou un champ n'ait pas été couvert par une ligne directrice ou pour lequel aucune ligne directrice existante ne peut s'appliquer de manière satisfaisante, le rôle du CPLMT serait alors d'établir des lignes directrices et des normes pertinentes en utilisant des principes fondés sur les résultats. Un exemple précis illustrant une question de ce type est celui de la conception d'un établissement en rapport avec la lutte contre les infections ainsi que les exigences du ministère et des hôpitaux concernant les conseils fondés sur des résultats scientifiques qui peuvent considérer que des modifications à la conception sont adéquates ou non lorsqu'il s'agit de renforcer la lutte contre les infections. Un autre exemple est celui des meilleures pratiques en matière de prévention la propagation du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée.

Le Comité d'experts prévoit que le CPLMT produira aussi des documents consensuels sur les meilleures pratiques de lutte contre les infections en Ontario qui soient adaptés à chaque secteur du système de santé. Les normes et lignes directrices devant ensuite être utilisées sur le terrain devraient refléter ces documents consensuels. Les exigences dominantes sont la clarté, la commodité et l'aptitude à l'usage.

Toutes les normes et lignes directrices émanant du CPLMT doivent aussi être suffisamment souples pour pouvoir être adaptées à

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

l'échelon local. Celles qui sont spécifiques à la prévention et à la lutte contre les infections par l'entremise du CPLMT devront aussi être pertinentes sur une base quotidienne et être capables de répondre aussi bien aux situations de fonctionnement normal que dans des conditions d'éclosion.

Les normes et lignes directrices doivent aussi couvrir le champ des ressources humaines et des compétences nécessaires à la mise en place et à la gestion d'un programme fonctionnel de lutte contre les infections. Elles doivent traiter des compétences essentielles ainsi que des effectifs minimaux de certains professionnels de lutte contre les infections, effectifs déterminés en fonction des lits, soit à l'échelon de l'établissement, soit à l'échelon régional.

Les normes doivent également traiter de quantité et de la qualité de la formation des fournisseurs de soins de santé dans le domaine de la lutte contre les infections, aussi bien pour ceux qui sont engagés activement dans des programmes existants de lutte contre les infections que pour ceux qui sont engagés dans la prestation de soins de santé à tous les niveaux. En tant qu'acteur dans l'élaboration de telles normes, le CPLMT pourrait entreprendre la préparation de guides de formation adaptés ou de listes de référence de formation qui soient pertinentes pour chaque secteur du système de santé et qui pourraient être adaptées afin d'accommoder les différents besoins des établissements et organisations. De tels documents pourraient être utilisés dans le cadre de la formation initiale des nouveaux travailleurs et faire partie de la formation permanente ou de cours d'appoint offerts aux membres du personnel en place.

Une fois que les normes et lignes directrices auront été élaborées par le CPLMT, elles devront être rapidement mises à la disposition des fournisseurs de soins de santé qui devront les appliquer immédiatement. Les réseaux régionaux peuvent jouer un rôle dans ce processus, tel que discuté ci-après.

Nous n'insisterons jamais trop sur l'actuelle pénurie de ressources dans le domaine de la lutte contre les infections, tant sur le plan des ressources humaines que sur celui de la formation. Le rapport préliminaire du Comité d'experts recommandait qu'un financement adéquat soit fourni afin de garantir que la formation dans le domaine de la lutte contre les infections devienne une ressource plus disponible et plus accessible et que des stratégies soient élaborées en vue d'atteindre les ratios visés relativement au nombre de praticiens de lutte contre les infections. Par ailleurs, le Comité d'experts a énoncé des recommandations relativement à la révision

et à la mise à jour des normes de formation permanente, à la rétention des compétences essentielles en matière de lutte contre les infections pour tous les professionnels de la santé ainsi qu'en ce qui a trait à la définition des éléments du tronc commun des programmes d'études collégial et universitaire sur la lutte contre les infections. Tant que ces exigences ne sont pas satisfaites, on peut plus difficilement s'attendre à ce que des normes soient complètement appliquées à l'échelle du système de santé.

Avant leur mise en œuvre, les normes pourraient être utilisées à titre de critères pour déterminer quels programmes et activités de lutte contre les infections sont mesurés et, par conséquent, pour identifier les écarts et les besoins en matière de ressources.

Une fois que les normes auront été mises en place, elles pourraient aussi être utilisées comme références pour le contrôle de la conformité et l'assurance de la qualité. Ceci cadre parfaitement avec le rapport préliminaire qui recommandait que le CPLMT développe des mécanismes afin de s'assurer du respect des normes de lutte contre les infections. La surveillance pourrait être effectuée par l'entremise d'une procédure similaire à celle de la fiche de rendement hospitalier tout en explorant le rôle renforcé que le Conseil canadien d'agrément des services de santé pourrait jouer en ce qui a trait au processus d'agrément. L'existence de telles données repères augmenterait également l'utilité des cueillettes de données, de leur analyse et de leur diffusion en ce qui concerne l'analyse des résultats et celle des coûts-avantages.

Le rapport préliminaire recommandait que le CPLMT joue un rôle dans le dossier des vérifications. Le CPLMT pourrait élaborer des modèles d'auto-vérification fondés sur des données repères, lesquelles seraient utilisées par les fournisseurs de soins de santé. Les réseaux régionaux pourraient également prêter main forte à la mise en œuvre de ces auto-vérifications. Des outils d'auto-vérification efficaces ont été développés dans plusieurs autres domaines d'activités en milieu hospitalier et l'expérience montre que ces outils pourraient être très utiles. En outre, le CPLMT pourrait organiser des systèmes de vérification par les pairs selon lesquels un établissement ou une institution, de la même région ou d'une région différente, effectuerait la vérification d'un autre établissement ou institution en se basant sur les données repères. Un réseau régional pourrait aussi effectuer la vérification d'un autre réseau en utilisant, à nouveau, les données repères fixées par le CPLMT.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Finalement, tout processus d'élaboration de normes et de lignes directrices adopté par le CPLMT doit être fluide et souple de manière à ce qu'elles soient régulièrement révisées, mises à jour, changées ou déclarées caduques par le CPLMT en fonction de toute nouvelle donnée émergente.

(ii) Bulletins
En plus de son rôle d'élaboration de normes et de lignes directrices fondées sur les meilleures pratiques en Ontario, le CPLMT devrait jouer un rôle de partage de l'information, tel la préparation des recommandations et des bulletins à l'intention des fournisseurs de soins de santé en vue de répondre à de nouveaux développements en matière de lutte contre les infections ou à des situations importantes à l'échelon provincial, au fur et à mesure qu'elles se produisent. En plus de la diffusion de ces bulletins par l'intermédiaire des réseaux régionaux, ceux-ci devraient être accessibles sur un site Web du CPLMT, lequel serait conçu à cet effet.

(iii) Protocoles modèles
Le CPLMT pourrait également entreprendre l'élaboration et la diffusion de protocoles de lutte contre les infections ou de programmes reflétant les meilleures pratiques qui soient suffisamment souples pour pouvoir être adaptés, au besoin, par les différents établissements et organisations qui ne sont pas dotés de tels programmes. Ces modèles pourraient être créés en partenariat avec des établissements dotés de protocoles fonctionnels ou de programmes en place et pourraient être mis en œuvre localement avec l'aide des réseaux régionaux.

L'un des domaines de travail prioritaires pourrait comprendre, par exemple, des mesures telles que la réutilisation des instruments médicaux. C'est une question qui a déjà fait l'objet d'études approfondies; toutefois, dans ce domaine, il est nécessaire d'obtenir un accès encore plus important aux conseils pratiques et aux protocoles modèles fonctionnels.

(iv) Indicateurs de base
Les indicateurs de base, tels l'incidence du *Staphylococcus Aureus* résistant à la méthicilline (SARM), pourraient être des marqueurs utiles de l'efficacité des activités de prévention et de lutte contre les infections. Ils peuvent fournir des renseignements précieux au sujet des tendances préoccupantes. Actuellement, il n'existe pas de protocole ontarien pour des indicateurs de base comme le MRSA qui prenne en compte des facteurs tels que les états pathologiques

sous-jacents et la fréquence des hospitalisations en tant que variables de risque d'infection. D'autres collectivités publiques, comme le Royaume-Uni, ont mis sur pied un système national de mécanismes de rapports pour le SARM dans tous les établissements de soins actifs. Par conséquent, en l'absence de connaissances sur ces variables, les données sur les indicateurs de base qui sont actuellement soumises à des organismes tels que le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) peuvent s'avérer moins utiles puisqu'il est alors impossible de les comparer correctement avec des données provenant de sources différentes. Ce problème ne peut pas être résolu facilement sans un meilleur ressourcement et sans un engagement plus important.

Le rapport préliminaire recommandait que le ministère, conjointement avec les intervenants clés, élabore des indicateurs de base pour effectuer une surveillance des infections nosocomiales. Compte tenu de ces données, le CPLMT devrait déterminer les indicateurs de base qui doivent être communiqués par chaque type d'établissement pour l'ensemble de la province. La surveillance et la communication de ces indicateurs de base seraient coordonnées par l'intermédiaire des réseaux régionaux et pourraient faire l'objet de rapports rendus publics par l'entremise de véhicules tels que les fiches de rendement hospitalier. Parallèlement à ce processus, le CPLMT devrait établir des définitions normalisées de ces indicateurs de base, des protocoles de surveillance et des tests. Ces activités peut être effectuées en collaboration avec les organismes existants tels que le PCSIN, le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers, l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté et l'Institut de recherche en services de santé.

Toutefois, la simple cueillette de données relative aux indicateurs de base a peu d'utilité en elle-même à moins qu'elle ne fasse partie d'un processus d'amélioration continue de la qualité. La question n'est pas de mesurer pour mesurer mais plutôt d'améliorer les conditions pour les patients et pour les fournisseurs. Ainsi, parallèlement à une définition de ces indicateurs, le CPLMT devrait élaborer des protocoles nécessaires à l'analyse des données recueillies concernant les indicateurs de base. Il devrait partager les résultats de cette analyse avec les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'avec le public; ce partage s'avèrerait l'une des composantes d'un programme d'assurance de la qualité.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

(v) Recherche
Le Comité d'experts envisage un autre rôle pour le CPLMT, celui de la recherche sur les enjeux liés à la lutte contre les infections. Le CPLMT devrait, à tout le moins, jouer un rôle consultatif en ce qui concerne les priorités de recherche sur la lutte contre les infections en Ontario. Pour certaines de ces priorités, il serait nécessaire de partager les données émanant du milieu avec les réseaux régionaux. Comme nous l'avons décrit au chapitre un, l'agence proposée devrait avoir un mandat de recherche clairement défini et être doté d'un certain niveau de contrôle en ce qui a trait à l'utilisation des fonds de recherche spéciaux. L'apport consultatif du CPLMT pourrait être appliqué pour aider à prioriser l'utilisation de ces fonds de recherche.

Par ailleurs, il serait utile que le CPLMT et que l'agence retracent les maladies infectieuses nosocomiales émergentes ou les maladies transmissibles émergentes ou réémergentes à un niveau international par l'entremise de réseaux appropriés et d'activités de recherche à l'échelon national.

(vi) Planification des mesures d'urgence
Le CPLMT pourrait également offrir des avis stratégiques dans le domaine des urgences potentielles ou réelles liées aux maladies transmissibles. La responsabilité ultime d'élaborer des protocoles de mesures ou des plans d'urgence ne devrait pas relever du CPLMT; toutefois, sa participation consultative serait une valeur ajoutée au processus de planification puisque ce rôle lui incombe par définition. En attendant que l'agence soit fonctionnelle, le point de vue du CPLMT devrait être communiqué directement au médecin hygiéniste en chef, et donc au ministère. Après la création de l'agence, ses déclarations consultatives devraient être communiquées à l'agence et à l'Unité de gestion des situations d'urgence au sein du ministère.

(vii) Politiques
Le CPLMT devrait être capable de conseiller le ministère en matière de prévention et de politique de lutte contre les infections à la demande du médecin hygiéniste en chef et ce, tant avant qu'après la création de l'agence. À titre d'exemple, il pourrait donner ses avis sur la politique provinciale d'immunisation et sur les approches de priorisation basées sur les risques relatifs et les connaissances scientifiques actuellement disponibles par l'intermédiaire d'un sous-comité provincial sur les vaccinations.

B. Structure et gouvernance d'un nouveau comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles

Tel qu'indiqué plus haut, une fois établie l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le CPLMT devrait constituer la principale composante au sein du département de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (DLMTI). Avant la mise sur pied de l'agence, le CPLMT devrait fonctionner en tant qu'organisme consultatif indépendant sous l'autorité du ministre et relevant du médecin hygiéniste en chef en ce qui concerne la soumission des rapports. Avant la création d'une agence, toutes les normes, lignes directrices, déclarations consultatives et autres documents produits par le CPLMT devront obtenir l'approbation finale du médecin hygiéniste en chef, et donc du ministère. Une fois intégré à l'agence, le CPLMT devrait relever du directeur du DLMTI.

Le président du CPLMT devra être considéré comme une autorité indépendante et crédible. Tant que l'agence n'est pas complètement fonctionnelle, le président devra être nommé par le ministre, sur la recommandation du médecin hygiéniste en chef, dans le cadre d'un processus de nomination transparent. Cette nomination devra être en vigueur pour une période déterminée; un renouvellement du mandat est possible, si cela est jugé approprié. Lorsque le CPLMT sera intégré au sein du DLMTI (qui relève de l'agence), son président sera nommé par le conseil d'administration de l'agence pour un mandat à durée déterminée similaire.

Les membres permanents du CPLMT devront représenter l'expertise de tous les domaines du secteur des soins de santé et devraient notamment compter des experts de la lutte contre les infections, des experts en matière de maladies infectieuses, des microbiologistes, des experts en santé et sécurité au travail, des experts en santé publique ainsi que des épidémiologistes hospitaliers et d'autres œuvrant sur le terrain. Des délégués des soins actifs et des soins de longue durée devront faire partie de la composition principale du Comité. Le médecin hygiéniste en chef et un ou plusieurs représentants des réseaux régionaux devraient faire partie des membres non permanents du Comité. De plus, des relations ou des partenariats devront être créés avec des organismes de réglementation et des associations professionnelles. Le processus de nomination des membres permanents du CPLMT devrait être le même que celui employé pour le président et devrait également permettre d'avoir des mandats décalés.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

C. *Relations d'un nouveau comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles*

Tel que discuté précédemment, le CPLMT devrait exister comme un organisme indépendant du ministère aussi bien avant qu'après la mise sur pied de l'agence en Ontario.

Le CPLMT devrait également jouir d'une certaine indépendance en ce qui a trait à la communication de toute norme, ligne directrice ou déclaration consultative qu'il élabore afin de maintenir la pureté de leur contenu et d'éviter toute perception d'interférence de la part du ministère. Une fois l'agence mise sur pied, cet objectif peut être atteint de façon plus officielle et plus claire grâce aux documents fondateurs ou par l'entremise de la législation relative à la création de l'agence. Dans l'intervalle, le médecin hygiéniste en chef, qui relève du CPLMT à court terme, devra pouvoir communiquer ces normes, lignes directrices et déclarations consultatives de façon indépendante. Tel qu'indiqué au chapitre un, le Comité d'experts demande instamment un examen immédiat de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[8] afin de s'assurer que cela soit possible.

Le Comité d'experts ne considère pas que le CPLMT aurait un rôle à jouer dans l'application et la mise en œuvre des normes, lignes directrices et déclarations consultatives qu'il aura élaborées. Cette responsabilité sera du ressort des fournisseurs de soins de santé eux-mêmes par l'entremise des réseaux régionaux, tel que discuté plus loin. Ainsi, le CPLMT, puis le DLMTI au sein de l'agence, doit établir des réseaux et des voies de communication officiels avec les réseaux régionaux en vue de diffuser les normes, les lignes directrices, les analyses de données de surveillance et l'information. De la même manière, grâce à des moyens de communication définis, les réseaux régionaux doivent être équipés pour fournir des commentaires, de l'information et des données au CPLMT et, en temps voulu, à l'agence. Tout mécanisme bilatéral de ce type destiné à l'échange d'information et de communications doit être intégré à tout autre support technologique des communications et de l'information créé dans le cadre de l'infrastructure de l'agence.

Le Comité d'experts croit aussi qu'il est nécessaire d'établir une relation bien structurée de partage des données et de l'information entre chaque réseau régional et le CPLMT afin d'assurer un échange constant et prévisible de l'information. Le coordonnateur régional de chaque réseau, dont la description de tâches détaillée figure plus loin dans ce chapitre, sera responsable faire circuler les données et l'information jusqu'au CPLMT.

Le CPLMT devrait également partager une ligne de communication officielle avec le Centre de coordination de la surveillance et avec le Centre de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, actuellement au sein de la Direction générale de la population et de la santé publique à Santé Canada, ou avec leurs successeurs au sein de toute agence fédérale de santé publique. La communication avec le ministère de l'Ontario sera effectuée sur une base continue dans le cadre de la participation du médecin hygiéniste en chef en tant que membre non permanent du CPLMT.

Il est d'une importance vitale que le fonctionnement du CPLMT soit des plus transparents. Le meilleur moyen d'y parvenir, à court et à long terme, est de créer une page Web spéciale sur le site Web du CPLMT. Elle devrait être mise à la disponibilité du public et des fournisseurs de soins de santé. Cette page devrait être intégrée au site Web général de l'agence. Toutes les normes et lignes directrices approuvées comme celles en cours d'élaboration ou de révision devraient figurer sur cette page Web. En outre, toutes les déclarations consultatives devraient être affichées sur le site, lequel devrait permettre de gérer les commentaires et les questions. La page Web ou le site Web est considéré comme le seul canal à travers lequel le CPLMT jouera un rôle direct vis-à-vis des fournisseurs de soins de santé et autres fournisseurs.

D. Qu'en est-il du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles?

Il reste à déterminer ce qu'il devrait advenir de l'actuel Comité consultatif sur les maladies transmissibles. Un examen de son mandat et de sa composition suggère qu'il ne devrait pas être complètement écarté.

Reste à se demander s'il est raisonnable de créer un CPLMT qui fonctionnerait parallèlement au Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles. Le Comité d'experts considère que cela pourrait entraîner une duplication de l'effort et une fragmentation de l'expertise, laquelle est déjà réduite. Par conséquent, nous estimons que le mandat du nouveau CPLMT devrait prendre en compte et incorporer de façon appropriée le mandat et les membres actuels du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles. Par la suite, le Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles devrait intégré dans le nouveau CPLMT.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

2. Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Tel que mentionné précédemment, les activités et les programmes de lutte contre les infections en Ontario fonctionnent actuellement de façon relativement isolée. Il n'y a qu'une coordination partielle entre les différents établissements et organismes et l'accès à l'expertise est limité. Cet isolement est rendu encore plus problématique par l'importante pénurie de travailleurs de la santé ayant une formation adéquate en pratique de lutte contre les infections. Ainsi, pendant la crise du SRAS, nous avons constaté une approche fragmentée en ce qui concerne la lutte contre les infections, certains établissements ayant une série complète de mesures de lutte contre les infections déjà en place alors que d'autres en avaient beaucoup moins. Même parmi les établissements utilisant des mesures plus complètes, il n'y avait que peu de mécanismes formels préexistants pour faciliter la coordination des efforts; par conséquent, il y a eu une duplication inutile à un moment où les ressources étaient débordées.

À la lumière de ces données, le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a fait les recommandations suivantes[9] :

- créer officiellement des réseaux régionaux sur les maladies infectieuses qui puissent concevoir et superviser la mise en œuvre de stratégies hospitalières pour répondre aux éclosions;
- s'assurer que chaque protocole hospitalier relatif à la gestion des éclosions fasse état de sa connaissance des interrelations entre les autorités locales et provinciales en matière de santé publique;
- garantir la formation permanente aux membres du personnel hospitalier afin d'augmenter la conscientisation sur les questions relatives aux maladies infectieuses et à leur éclosion, de même qu'à la lutte institutionnelle et clinique contre les infections.

Le Comité d'experts estime que les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections englobent ces trois recommandations et les développent.

Les avantages d'élaborer une approche régionale de lutte contre les infections et de gestion des éclosions sont considérables. Cette approche permet notamment :

- de permettre l'intégration des activités de lutte contre les infections dans l'ensemble du système de santé et au sein de toutes les composantes;
- d'améliorer la communication et le partage de l'information et des données;
- de permettre un certain degré de capacité d'appoint en situation

d'urgence;
- de favoriser un meilleur accès à l'expertise;
- d'accroître l'utilisation efficace de ressources peu nombreuses en matière de lutte contre les infections;
- d'améliorer l'alignement des pratiques de lutte contre les infections;
- de permettre la création systématique de rapports sur les indicateurs de base;
- d'aider la coordination entre les mesures et interventions d'urgence et la planification d'urgence dans les cas d'éclosion de maladies émergentes et de bioterrorisme.

A. Initiatives de réseaux de lutte contre les infections en cours en Ontario

Certaines régions de l'Ontario ont déjà lancé des initiatives visant à élaborer des réseaux de lutte contre les infections. Une de ces régions est composée de plusieurs comtés de la région d'Ottawa, lesquels ont élaboré un modèle pour le Réseau Champlain de lutte contre les infections[10]. Ce modèle propose l'existence de deux structures au sein du réseau : un groupe d'action sociale et de consultation et un comité directeur représentant la région. Ce dernier jouerait un rôle de gouvernance au sein du groupe d'action sociale et de consultation.

Le mandat du comité directeur comprend : la supervision de la lutte contre les infections et le contrôle en matière de ressources et de pratiques, la réduction de la duplication des services et la mise à niveau des services existants et l'identification des écarts dans le système. Le Comité directeur serait composé de représentants des soins actifs et des soins de longue durée, des bureaux de santé publique, des Centres d'accès aux soins communautaires, des services de soins d'urgence et des partenariats avec les collectivités.

Le Groupe d'action sociale et de consultation agirait, sous la direction du comité directeur, à titre de ressource experte afin de soutenir les organismes de toute la région. Il devrait comprendre parmi ses membres un directeur médical, des praticiens de la lutte contre les infections œuvrant dans le domaine des soins actifs et non actifs au sein de la communauté, un éducateur et des ressources dans le domaine de la microbiologie, entre autres.

Les rôles et responsabilités entrevues pour le réseau prennent en compte les besoins en matière de :
- processus de communication rationalisés;
- normes cohérentes de lutte contre les infections et de gestion de l'éclosion;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- planification des ressources humaines;
- questions ayant trait à l'infrastructure, telles que la conception physique des établissements;
- mesures et interventions d'urgence et de capacité d'appoint.

Ce modèle prévoit également que le réseau jouerait un rôle de soutien pour les bureaux de santé publique en ce qui concerne les systèmes de surveillance de la planification d'urgence face aux maladies transmissibles. Les bureaux de santé publique seraient encore les premiers responsables relativement aux *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* fixées en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[11].

Le modèle propose un financement spécial pour certaines ressources de réseau, soit un directeur et un soutien administratif. Cet argent ainsi que toutes les obligations de remise de rapports auprès du ministère transiteraient par le centre hospitalier universitaire.

Ce modèle est un exemple de réseau conçu pour prendre en compte :
- les ressources et pratiques existantes en matière de lutte contre les infections dans la région;
- le lieu géographique du centre hospitalier universitaire regroupant la majorité des expertises;
- l'emplacement géographique des hôpitaux secondaires;
- les tendances observées concernant le flux et l'orientation des patients par leur médecin traitant;
- la distribution de la population entre communautés urbaines et rurales.

La seconde région à avoir développé un réseau régional est située dans le sud-ouest de l'Ontario, près de Kingston[12]. Dans ce modèle, un Comité régional de prévention et de lutte contre les infections agirait à titre consultatif pour ce qui est de l'orientation générale à donner aux activités de lutte contre les infections et aux résultats obtenus dans la région. Les membres de ce Comité proviendraient d'établissements partenaires du réseau. Par ailleurs, un Comité régional de prévention des infections et de contrôle des opérations, comprenant des praticiens de la lutte contre les infections, un coordonnateur régional et un directeur médical, gèrerait sur une base quotidienne les questions liées à la lutte contre les infections.

Globalement, l'objectif de ce modèle est de créer un programme de lutte contre les infections. Les composantes incluses dans ce programme sont les suivantes :
- un groupe régional permanent de lutte contre les infections afin d'atteindre les objectifs du programme;
- un groupe régional travaillant sur les questions reliées aux éclosions;

- les communications;
- la formation;
- la surveillance des indicateurs de base et des infections notables;
- l'alignement des politiques et des procédures de lutte contre les infections;
- le perfectionnement et le soutien professionnels;
- un rôle dans la planification d'urgence régionale pour les cas d'éclosions et de bioterrorisme.

Ce modèle propose un financement spécial semblable pour les ressources spécifiques au réseau.

En se basant sur les exemples précédents, il devient évident que les réseaux régionaux doivent être créés de toutes pièces et que toute tentative du Comité d'experts visant à donner trop de directives quant à leur mandat et à leur structure serait inutile. Cela dit, le Comité d'experts croit qu'il est possible de définir un ensemble d'éléments clés dont il faudra tenir compte dans la construction de tous les réseaux à travers la province.

B. Éléments clés pour les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

(i) Mandat

Il n'existe pas deux régions identiques, que ce soit dans leurs caractéristiques démographiques, dans la distribution géographique de leurs ressources en soins de santé ou en ce qui a trait aux facteurs de risque pour la santé, y compris les risques de maladies infectieuses. Par conséquent, le mandat des réseaux régionaux doit être suffisamment souple pour pouvoir accommoder les différences et les variations régionales. En outre, ils ne remplaceront pas la forte nécessité d'améliorer les programmes existants de lutte contre les infections au sein des établissements ou des organisations ou, en bout de ligne, ils agiront comme fournisseur tiers de programmes de lutte contre les infections pour les établissements qui n'ont pas de programme exhaustif en place.

D'abord et avant tout, les réseaux régionaux devraient remplir une fonction de coordination pour la lutte contre les infections dans la région. Ce faisant, ils joueraient le rôle d'organisme de communication pour les fournisseurs de soins de santé membres des réseaux, transmettant toutes les normes, lignes directrices et déclarations consultatives promulguées par le CPLMT permanent.
Les réseaux régionaux ont une responsabilité plus grande que celle de communiquer les normes et lignes directrices *de facto* aux établissements et organisations sur le terrain : ils devraient jouer un

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

rôle crucial en appliquant et en mettant en œuvre ces dernières sur une base régionale, en prenant en compte et en adaptant ces normes et lignes directrices, au besoin, afin d'accommoder les variations régionales. De cette manière, ils pourraient assurer une démarche commune dans le domaine de l'utilisation des meilleures pratiques, puisqu'elles sont définies dans les normes et les lignes directrices.

Les réseaux régionaux pourraient aussi agir à titre de lien de communication bilatéral avec le CPLMT, et éventuellement avec l'agence, en ce qui a trait aux données, aux tendances mineures, aux manques à gagner en matière de recherche et d'autres questions pertinentes dans le domaine. Dans les faits, ils deviendraient la « voix » de la lutte contre les infections pour les fournisseurs régionaux de soins de santé de première ligne. Les données relatives aux activités de surveillance, d'assurance de la qualité et de supervision de la conformité devraient être transmises au CPLMT.

Afin de maximiser le partage de l'information et de faciliter la mise en œuvre des politiques et des procédures uniformisées, les réseaux régionaux devraient aussi communiquer entre eux. L'expérience acquise par la Stratégie coordonnée de prévention des accidents vasculaires cérébraux démontre clairement la valeur que l'on retire lorsqu'on regroupe les leaders des réseaux et les participants clés afin de s'assurer que les meilleures pratiques sont partagées et que les réseaux émergents puissent profiter des avis et du soutien de ceux qui sont plus expérimentés. Cette approche aidera également à la résolution de problèmes à l'échelon régional.

L'une des premières démarches que devraient entreprendre les réseaux régionaux est la préparation d'un inventaire des ressources et des pratiques existantes en matière de lutte contre les infections dans la région, idéalement en le comparant aux normes établies par le CPLMT, si elles sont disponibles à ce moment-là. De cette manière, chaque région peut déterminer la disponibilité des ressources clés et les écarts qui doivent être comblés afin de s'assurer que les activités de lutte contre les infections sont soutenues adéquatement sur son territoire. Ces renseignements peuvent être transmis au ministère et, éventuellement, à l'agence par l'intermédiaire du CPLMT et ils peuvent être partagés avec d'autres réseaux régionaux. Une fois les écarts identifiés et comparés aux ressources disponibles, il devient possible de trouver des solutions à court terme, soit en réaffectant des ressources dans la région de manière à ce que les centres ayant suffisamment de ressources agissent comme capacité de secours pour celles qui en manquent, soit en accédant à l'expertise existante dans les régions avoisinantes jusqu'à ce que l'écart puisse être comblé en utilisant les

ressources propres à la région. Tout inventaire des ressources de lutte contre les infections devra accepter la révision de la capacité en santé publique demandée au chapitre un et, le cas échéant, se conformer à toute exigence relative à l'expertise en matière de lutte contre les infections.

Un tel exercice fournirait également des renseignements de base utiles à l'élaboration de protocoles à l'échelle de la région et à la signature d'accords entre les établissements dans le dossier de la capacité d'appoint et de la planification des mesures d'urgence dans des situations d'urgence reliées aux maladies infectieuses. Nous souhaitons que ce processus comprenne la mise à disposition d'équipes de lutte contre les maladies infectieuses afin d'aider les établissements touchés par de telles situations d'urgence, assurant ainsi une capacité adéquate des laboratoires en situation de crise, et des accords visant le partage des employés. Cet inventaire permettrait également d'obtenir des renseignements précieux en vue d'établir les priorités régionales en ce qui concerne les ressources et les activités de lutte contre les infections.

Les réseaux régionaux auraient aussi la responsabilité de coordonner la surveillance de certaines infections, notamment à l'aide des indicateurs de base établis par le CPLMT, tel qu'énoncé plus haut. Par ailleurs, ils soutiendraient les bureaux de santé publique dans leur surveillance des maladies transmissibles et déclarables, conformément à leur mandat en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[13].

Les réseaux régionaux pourraient aussi assurer un rôle de soutien et de collaboration avec les bureaux de santé publique en mettant sur pied des protocoles et des accords à l'échelle de la région pour la gestion d'éclosions de maladies spécifiques et pour la planification des mesures d'urgence en ce qui a trait aux urgences reliées aux maladies transmissibles.

De plus, les réseaux régionaux pourrait aider à assurer l'accessibilité et la disponibilité de la formation en matière de lutte contre les infections sur une base régionale. Ceci inclurait la mise en œuvre de toute norme diffusée par le CPLMT et l'assistance au moyen du matériel de formation ou des listes de référence élaborés par le CPLMT. En outre, les réseaux régionaux devraient encourager toutes les initiatives de formation en matière de lutte contre les infections dans la région, tout en s'assurant qu'elles respectent les normes du CPLMT.

Finalement, les réseaux régionaux pourraient jouer un rôle en matière d'assurance de la qualité et de contrôle de la conformité en encourageant l'auto-vérification, par les établissements, de leurs

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

pratiques de lutte contre les infections comparativement aux données repères fixées par le CPLMT. Les renseignements ainsi obtenus peuvent ensuite alimenter le CPLMT, qui serait alors en mesure de les intégrer dans le cadre de son mécanisme de fiches de rapport ou dans d'autres mécanismes d'assurance de la qualité bénéficiant d'une coordination centralisée.

(ii) Ressources réservées, financement et gouvernance
Les réseaux ontariens actuels semblent posséder des éléments communs, à savoir un coordonnateur régional et un directeur médical. Ces modèles illustrent clairement que l'affectation d'un coordonnateur assure le maintien à long terme d'un réseau. En fait, les entités des autres provinces qui fournissent des services de lutte contre les infections sur une base régionale possèdent cet élément[14]. Le coordonnateur serait une ressource spéciale responsable de la coordination et du soutien de toutes les activités de chaque réseau régional et il agirait comme une interface centrale recevant tous les renseignements. Ce poste devrait être occupé par une personne qui possède une expertise en matière de lutte contre les infections, par exemple un praticien de la lutte contre les infections. De son côté, le coordonnateur régional aurait besoin d'un soutien administratif.

En considérant le mandat clé des réseaux régionaux tels que mentionnés plus haut, les fonctions plus particulières du coordonnateur pourraient inclure les suivantes : agir à titre d'agent de communication avec d'autres réseaux régionaux à travers la province, communiquer des normes et lignes directrices aux établissements et organismes sur le terrain une fois qu'elles ont été adaptées pour accommoder les besoins et variations individuelles, communiquer des données régionales au CPLMT, à l'agence et aux autres réseaux régionaux et partager ces données avec les fournisseurs de soins de santé régionaux.

Le Comité d'experts estime également que chaque réseau régional devrait avoir un directeur médical possédant idéalement une expertise dans le domaine des maladies infectieuses, de la lutte contre les infections, de la microbiologie médicale et de l'épidémiologie. Ces experts sont connus sous les dénominations d'« épidémiologistes hospitaliers » (surtout aux Etats-Unis), de « médecins de lutte contre les infections » ou de « directeurs médicaux de programmes de lutte contre les infections ». Les spécialistes possédant ces qualifications siègent généralement dans des centres hospitaliers universitaires ou des hôpitaux de soins tertiaires; il serait donc logique de réunir les autres ressources dédiées, comme le coordonnateur et les membres du personnel de soutien, dans ces mêmes établissements. Le directeur médical serait une ressource clinique experte à laquelle on pourrait faire

appel par l'intermédiaire des réseaux régionaux. Cette personne devrait continuer à travailler sur le terrain tout en réalisant des activités pour le réseau régional à temps partiel.

Le Comité d'experts est conscient qu'il n'existe à l'heure actuelle, en Ontario, qu'un nombre limité d'individus possédant les compétences nécessaires pour agir à titre de directeur médical d'un réseau régional. Il est possible de penser que les régions puissent former naturellement les affiliations nécessaires avec les établissements où se trouvent de tels spécialistes (voir également la partie qui traite des frontières des réseaux, plus loin). En l'absence de telles affiliations, le Comité d'experts recommande que les régions ne pouvant pas trouver de directeur médical approprié forment une alliance avec une région qui compte une telle ressource.

Le financement ayant trait aux ressources spéciales pour chaque réseau régional, dont un coordonnateur régional, le directeur médical et tout soutien administratif nécessaire, devrait initialement provenir directement du ministère, d'une enveloppe budgétaire affectée à la lutte contre les infections. Ce financement ciblé pourrait être ajouté au budget central de la santé publique, lequel est probablement moins susceptible d'être affecté par des coûts imprévus que ne le sont les budgets des hôpitaux.

Chaque réseau régional devrait aussi mettre en place un comité directeur dont les membres permanents comprennent des professionnels des soins actifs, de la santé publique et de disciplines clés, tels des praticiens de la lutte contre les infections, des médecins spécialisés en maladies infectieuses, des spécialistes en microbiologie, en épidémiologie et en santé et sécurité au travail. Le choix des membres spécialisés dans des disciplines clés devrait refléter les intérêts des services de soins de longue durée et communautaires. La haute direction devrait aussi être représentée.

En outre, parmi les membres non permanents, on devrait trouver des spécialistes en communication et des experts en gestion des risques pour assurer la prise en charge de la gestion des éclosions et de la planification des mesures d'urgence.

Le comité directeur devrait agir en tant qu'instance dirigeante pour chaque réseau régional et s'assurer que les activités de lutte contre les maladies transmissibles et les infections sont accomplies de façon cohérente et dans un esprit de collaboration dans l'ensemble de la région. À cette fin, les fonctions du comité directeur dans le cadre du mandat des réseaux régionaux pourraient être d'adapter et de mettre en œuvre les normes et lignes directrices diffusées par le CPLMT,

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

d'entreprendre l'inventaire des ressources et des pratiques dans l'ensemble de la région, de coordonner les activités de surveillance, de soutenir l'éducation et la formation en matière de lutte contre les infections dans la région et, notamment, de mettre en œuvre toute norme et ligne directrice fixée par le CPLMT, d'identifier les questions, tendances et écarts spécifiques à la région, d'établir les priorités en matière de lutte contre les infections pour la région, de mettre en œuvre toute initiative d'auto-vérification et de faciliter la collaboration dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'urgence régionaux.

Le travail du comité directeur devrait être soutenu par le coordonnateur régional qui siégerait aussi à titre de membre permanent au sein du comité, au même titre que le directeur médical.

Le mandat du comité directeur devrait stipuler que la nomination du président se fera par rotation parmi les membres permanents du comité. Par ailleurs, les dispositions devraient prévoir la tenue de réunions sur une base régulière ou au besoin.

Pour compléter les travaux du comité directeur, le Comité d'experts estime qu'il devrait être laissé à l'initiative des régions de créer de façon organique des comités supplémentaires, des sous-comités ou encore des groupes d'action sociale en fonction, entre autres, de leurs données démographiques, de la distribution des hôpitaux et de l'étendue géographique de la région.

Le Comité d'experts reconnaît que le leadership du réseau régional est une question qui demande la coopération et la collaboration des fournisseurs de soins de santé, particulièrement entre les services de soins actifs et de santé publique lors des premières étapes. En outre, nous reconnaissons et soutenons fermement toutes les initiatives de collaboration entre les fournisseurs de soins actifs et ceux du domaine de la santé publique dans toute la province.

En ce qui concerne la création des réseaux régionaux, notre rapport préliminaire recommandait une entente conjointe en matière de leadership entre un hôpital donné et un bureau de santé publique. La participation de ces deux acteurs clés sera aussi nécessaire au cours du processus de mise en œuvre pour chaque réseau régional, chacun d'entre eux ayant des rôles spécifiques à jouer au sein des réseaux. Afin d'éviter la confusion et de faciliter le flux de financement provenant d'une enveloppe budgétaire spéciale, on demandera à un organisme chef de file d'accueillir, sur le plan opérationnel, des ressources du réseau régional telles que le coordonnateur régional et le directeur médical. Tel que discuté précédemment, ces ressources, ainsi que

l'expertise clé en matière de lutte contre les infections, sont traditionnellement rassemblées dans un centre hospitalier universitaire ou dans un hôpital de soins tertiaires. Par conséquent, nous croyons que l'un ou l'autre devrait être l'organisme en question.

De plus, il serait relativement facile d'attribuer le financement spécial à un établissement de soins actifs. Il pourrait s'avérer plus difficile d'affecter des fonds à un bureau de santé publique. Compte tenu du rôle municipal actuel joué dans le financement et le manque de ressources des bureaux de santé publique, il est possible que le nombre de ressources spéciales soit réduit au point où ces dernières sont perdues au profit d'autres priorités.

Les bureaux de santé publique resteraient responsables des questions qui sont clairement de leur ressort en vertu de leur mandat défini par la loi, comme les plans d'intervention d'urgence en cas d'éclosion, la surveillance, l'enquête, l'intervention et d'autres responsabilités liées aux maladies transmissibles et déclarables, telles que définies dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Dans ce contexte, les réseaux régionaux auraient une fonction de soutien et de collaboration; le rôle des bureaux de santé publique devrait être à la fois compris et reconnu par tous les établissements et organismes membres du réseau régional. Si le rôle des bureaux de santé publique n'est pas bien délimité, il pourrait être nécessaire d'effectuer une révision et une mise à jour des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*, tel que discuté au chapitre un du présent rapport.

Les ressources humaines, qui dépendent des fonds versés, devraient relever du service des soins actifs de l'organisme leader pour ce qui est de l'exécution du travail ou des responsabilités qu'elles ont reçues du réseau.

En plus de ces exigences en matière de responsabilisation, chaque réseau régional devrait aussi soumettre des rapports au CPLMT et, en fin de compte, également au DLMTI (au sein de l'agence), concernant tout ce qui a trait aux données de surveillance, aux écarts relatifs aux ressources et aux auto-vérifications. Le coordonnateur régional devrait être responsable de soumettre de tels rapports. Le processus d'établissement des rapports devrait être formalisé et régulier.

Le Comité d'experts prévoit qu'au moins deux catégories de données de surveillance seront éventuellement transmises à l'agence :

1. Les données relatives aux maladies transmissibles et déclarables devraient logiquement continuer d'être transmises directement au

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

médecin hygiéniste en chef dans le cadre de l'autorité que lui confère la loi. Il peut alors déléguer son autorité au Centre Epi au sein de l'agence afin qu'il reçoive ces données simultanément.

2. Les données relatives aux indicateurs de base peuvent provenir des membres du réseau régional et être transmises par l'entremise des réseaux directement au Centre Epi aux fins d'analyse. Les transferts de données existant entre des établissements particuliers et des organismes tels que l'Institut canadien d'information sur la santé (IRSS) et l'Institut de recherche en services de santé seraient préservés, avec les relations nécessaires entre le Centre Epi et ces organismes, selon les besoins des activités concernant des projets spécifiques.

Finalement et à titre d'objectif à long terme possible, on pourrait envisager l'inclusion potentielle d'infections nosocomiales désignées soit comme maladies transmissibles, soit comme maladies déclarables en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

(iii) Infrastructure
Afin de faciliter la création de réseaux régionaux fonctionnels capables de remplir correctement leur mandat, plusieurs infrastructures doivent être mises en place.

En premier lieu, il faut créer un système intégré de technologie de l'information qui relie tous les membres du réseau régional les uns aux autres ainsi qu'avec le coordonnateur régional, le CPLMT et le ministère, et l'agence à plus long terme. Il n'est pas nécessaire que cette entreprise soit d'une complexité ou d'un coût énorme; elle pourrait être aussi simple qu'un site Web protégé par un code d'accès. Ce système de technologie de l'information devrait servir d'interface avec les autres systèmes développés pour soutenir le plan provincial de surveillance des maladies infectieuses, tel que recommandé dans le rapport préliminaire du Comité d'experts, de même qu'avec les systèmes de communication établis au sein de l'agence.

En second lieu, des organismes peuvent faire des contributions en nature et fournir un espace physique pour héberger des ressources du réseau régional au sein de l'organisme chef de file.

Finalement, il sera nécessaire de permettre le partage des données de manière appropriée. Les RRLMTI doivent être en mesure d'échanger les données et les renseignements pertinents relatifs aux maladies transmissibles et déclarables (telles que définies dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*) dans la région, en particulier

dans des situations d'éclosion. Cet échange doit respecter les exigences des lois provinciales et fédérales en matière de protection des renseignements personnels. Ceci pourrait être pris en charge au niveau du ministère par l'entremise d'un amendement législatif en ce sens. Ou encore, et conformément au projet de loi en vigueur sur la protection des renseignements personnels[15], l'échange pourrait être géré par des accords garantissant le partage des données entre certains fournisseurs de soins de santé et des bureaux de santé publique au sein de chaque réseau régional. De cette façon, les données dépourvues d'identificateurs personnels pourraient être partagées, par exemple, pour des fins et des types de maladies spécifiques.

(iv) Composition des réseaux régionaux
Les réseaux régionaux devraient être composés de membres provenant des établissements ou des organismes, et éventuellement des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des laboratoires, des Centres d'accès aux soins communautaires, des bureaux de santé publique, des Centres de santé communautaires, des services de soins d'urgence et d'autres fournisseurs dans la communauté tels que les médecins de famille et les dentistes. Il faudrait alors désigner une personne-ressource principale pour chaque membre du réseau régional en vue de servir d'agent de liaison avec le coordonnateur régional et le comité directeur ou le directeur médical, le cas échéant. Il pourrait s'agir de la personne responsable du programme de lutte contre les infections de l'organisme membre du réseau régional ou d'un cadre supérieur.

Les membres des réseaux régionaux seront distincts des membres du comité directeur. Ce dernier devrait compter des représentants des disciplines clés et ne pas être structuré en vue de représenter chaque établissement et organisme membre du réseau régional en soi, sauf en ce qui concerne l'organisme leader des services de soins actifs et les bureaux de santé publique. Les membres du comité directeur rattachés à des disciplines clés devraient être retenus en vue de représenter les intérêts d'autres domaines du secteur des soins de santé. Toutefois, ils ne devraient pas agir à titre de porte-parole pour leur établissement ou organisme lorsqu'ils siègent au sein du comité. Les intérêts spécifiques de l'établissement ou de l'organisme devraient plutôt être exposés dans le cadre du réseau régional.

(v) Relations
Abstraction faite des relations concernant l'établissement des rapports et l'imputabilité, chaque réseau régional doit posséder un mécanisme clair relatif à l'échange de l'information et des données avec le CPLMT. Le coordonnateur régional devrait être la personne-ressource en

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

matière de communications et d'échange d'information avec le CPLMT.

Les réseaux doivent également être interreliés. Ceci pourrait être réalisé par l'entremise de réunions régulières entre tous les coordonnateurs régionaux et les directeurs médicaux, ou sous la forme d'un Comité régional de coordination. La présidence de ce comité devrait être assurée par un membre non permanent du CPLMT. Tel qu'énoncé plus haut, tous les coordonnateurs régionaux devraient être en relation par l'entremise d'une infrastructure de technologie de l'information compatible afin que le partage de renseignements soit fait en temps opportun et avec exactitude. À ce chapitre, chaque réseau régional pourrait établir un site Web protégé par un mot de passe qui donnerait accès aux données et aux renseignements concernant les éclosions ou aux initiatives en matière d'éducation.

À la fin de ce chapitre, vous trouverez un schéma illustrant la structure, la gouvernance et les relations des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections.

C. Limites du réseau

La question traitant de la manière de déterminer les limites entre les réseaux régionaux implique l'étude de nombreuses variables. Avant d'entamer une discussion à propos des variables que le Comité d'experts considère essentielles pour définir ces limites, il est important de souligner que la création de limites divergentes entre des organismes tels que les bureaux de santé publique, les bureaux régionaux du ministère et les réseaux régionaux devrait être évitée chaque fois que cela est possible. Par ailleurs, le Comité d'experts ne cherche pas à recommander *de facto* où ces limites devraient être établies. Nous souhaitons plutôt qu'elles fassent l'objet d'une évaluation relativement à la priorisation des multiples facteurs qui pourraient y avoir trait.

Le Comité d'experts estime que les facteurs les plus importants à examiner pour établir les limites de réseau régional sont : a) l'emplacement et l'étendue de l'expertise clé ou de la capacité de base en matière de lutte contre les infections; b) les tendances rationnelles relatives aux déplacements des patients et c) l'alignement avec d'autres domaines clés de service de soins de santé.

Il est prévu que les professionnels des disciplines clés de la lutte contre les infections et des maladies transmissibles, qui sont peu nombreux à l'heure actuelle, deviennent le noyau de chaque réseau régional. Dans cette perspective, il est nécessaire de réévaluer le nombre, la distribution et l'emplacement géographique des professionnels ayant cette expertise afin

d'établir un inventaire de la distribution de la capacité de base sur l'ensemble de la province. Ce faisant, nous serons en mesure de définir l'endroit où le noyau de chaque réseau régional devrait se trouver.

D'autres variables importantes doivent être prises en compte pour déterminer les limites de réseau régional, notamment les tendances relatives aux flux des patients et à leur orientation par des professionnels de la santé car les activités de lutte contre les infections devraient « suivre » le patient à travers les diverses composantes du système de santé.

Le Comité d'experts croit également que la marge de manœuvre des réseaux régionaux quant à leur capacité de base disponible pour agir en tant que noyau devrait être déterminée par les données démographiques relatives aux personnes qui s'attendent à recevoir les services, notamment la population et le nombre de lits dans les hôpitaux et dans les services de soins de longue durée.

Bien que le Comité d'experts ne croie pas que l'emplacement géographique soit la variable la plus importante, il doit aussi être pris en compte, en particulier dans les zones géographiques de faible densité de population où les distances peuvent s'avérer un obstacle à une collaboration efficace entre les membres des différents réseaux régionaux. À cet égard, nous reconnaissons le potentiel de l'utilisation des réseaux de médecine à distance tels que le réseau NORTH (Réseau de télécommunications de santé à distance du Nord de l'Ontario)[16]. En outre, il est possible d'installer des réseaux par satellite en fonction des relations géographiques existantes entre les établissements et les organismes. Ces réseaux par satellite pourraient compter sur leurs propres ressources, tel un coordonnateur et du personnel de soutien, afin de gérer les questions de lutte contre les infections à l'intérieur de la région couverte par le satellite. Ces ressources auraient alors un lien direct avec le noyau du réseau régional possédant l'expertise clé, avec le coordonnateur régional, avec le directeur médical et avec tout autre soutien supplémentaire.

L'application des variables énoncées plus haut, à savoir la capacité de base, les flux et l'orientation des patients par leur médecin et les données démographiques, aux grands centres urbains ayant de nombreux centres hospitaliers universitaires pourrait aboutir à la création de multiples centres régionaux dans des secteurs géographiques plus petits. Néanmoins, le Comité d'experts estime que cet effet pourrait être souhaitable car il aurait pour résultat l'utilisation efficace du haut niveau d'expertise clé située dans de tels centres urbains. Si les réseaux régionaux dans ces centres se développaient d'abord en fonction de leur situation géographique, il pourrait en résulter une concurrence en ce qui a trait au statut d'organisme

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

leader parmi les divers établissements ayant des niveaux d'expertise similaires. Si le principal élément pour déterminer les limites de réseau régional n'était pas l'emplacement géographique mais plutôt l'expertise clé, cette concurrence pourrait être réduite au minimum et les compétences pourraient être utilisées de façon optimale.

Chaque centre hospitalier universitaire ayant l'expertise requise pourrait alors devenir un organisme leader pour un réseau régional, lequel serait défini davantage par sa capacité de base mesurée en fonction de sa population et du nombre de lits que par sa situation géographique. En outre, les relations actuelles entre les établissements seraient préservées et ne seraient pas d'abord définies en fonction de leur lieu géographique dans les grands centres urbains, mais en fonction de facteurs tels que les tendances quant à l'orientation des patients par un professionnel de la santé et au privilège des médecins de faire admettre des patients. La cohésion entre les multiples réseaux régionaux fonctionnant dans un secteur géographique de moindre envergure pourrait être maintenue par l'entremise d'accords de partenariat entre les organismes leaders ou par la création d'un organe directeur de coopération composé de représentants de chaque réseau régional.

Une autre question se posera si les limites du réseau ne sont pas alignées avec celles du bureau de santé publique, de telle sorte qu'un bureau de santé publique serait membre de plus d'un réseau régional. Il serait alors nécessaire que tous les membres du réseau régional connaissent bien les différents territoires de chacun des bureaux de santé publique qui le constituent en ce qui concerne leur mandat reconnu par la loi relativement aux maladies transmissibles et déclarables en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*[17].

Idéalement, les réseaux régionaux s'aligneraient avec les domaines de services de santé essentiels, mais ils feraient tout leur possible pour éviter de diviser un bureau de santé publique entre plusieurs réseaux.

Indicateurs de base

Une large variété d'indicateurs de base pourraient faire partie du cadre des activités de surveillance des réseaux régionaux et du CPLMT. Le Comité d'experts estime qu'il est pratique d'établir certains indicateurs comme étant essentiels à tous les réseaux régionaux à l'échelle de la province. Cette approche normalisée maximiserait l'utilité des données recueillies. Étant donné le manque actuel de définitions et de protocoles de tests normalisés ainsi que le volume de travail considérable nécessaire à leur création, la sélection des indicateurs de base devant être appliqués dans la

province par le CPLMT devra être effectuée de façon progressive. Fondamentalement, les indicateurs de base choisis devraient refléter les buts et objectifs fixés par le ministère, le CPLMT et les réseaux régionaux. L'intention n'est pas de perturber les collectes d'indicateurs déjà en cours, mais plutôt de construire sur ces bases, d'ajouter une perspective, une structure et un soutien à de telles initiatives.

La surveillance des indicateurs de base relatifs à des infections particulières est actuellement effectuée dans plusieurs établissements de l'Ontario. Les plus fréquents semblent être reliés au SARM et à la diarrhée associée au *Clostridium difficile*. Toutefois, ces activités de surveillance ne sont pas effectuées sur l'ensemble de la province et souffrent du manque de paramètres normalisés pour tous les établissements. Le Comité d'experts croit donc que ces deux infections pourraient, en toute logique, devenir les premiers indicateurs à être normalisés sur l'ensemble de la province par l'entremise du CPLMT et des réseaux régionaux.

Parallèlement au travail initial du CPLMT visant à établir des indicateurs de base uniformes pour des infections spécifiques, les réseaux régionaux doivent être financés et entrer en service. Certaines régions sont déjà bien avancées à cet égard, alors que d'autres n'ont pas encore entamé le processus. Dans l'avenir immédiat et une fois que le CPLMT aura été mis sur pied, ce dernier devra voir à la construction des réseaux régionaux et à l'élaboration des indicateurs. De tels indicateurs devraient inclure l'élaboration d'une vision et d'un plan opérationnel pour chaque réseau régional, la désignation d'un organisme leader et le financement de ressources spéciales pour ces réseaux régionaux. Parmi les autres indicateurs utiles relatifs à l'infrastructure qui doivent être examinés de près par le CPLMT à court terme, notons les niveaux de dotation en personnel pour les activités de lutte contre les infections comparativement aux normes provinciales établies par le comité de même que le taux de conformité en ce qui a trait à la formation et à la présence ou l'absence d'un programme complet de lutte contre les infections dans chaque établissement ou organisme membre d'un réseau régional.

À plus long terme, des indicateurs supplémentaires reliés aux infections spécifiques pourront être ajoutés en fonction de la capacité. Ceux-ci peuvent comprendre d'autres organismes résistants aux antibiotiques tels que le *Streptococcus pneumoniae* résistant à de nombreux médicaments, les infections relatives au champ opératoire, les pneumonies associées à la ventilation et les bactériémies associées aux interventions endovasculaires.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Mise en œuvre progressive

La partie précédente a souligné le vaste mandat que le Comité d'experts a prévu aussi bien pour un CPLMT permanent que pour les réseaux régionaux. Nous sommes toutefois conscients que la mise en œuvre de responsabilités et de rôles aussi importants ne peut pas être réalisée en un seul exercice. Une démarche plus prudente est donc nécessaire à la mise en application des parties de cet important mandat en procédant étape par étape et selon les besoins prioritaires.

Avant de prioriser ces besoins de façon détaillée, il faut reconnaître que le besoin fondamental garantissant la réussite du CPLMT et des réseaux régionaux vient immédiatement rectifier l'absence de programmes exhaustifs de lutte contre les infections et de personnel ayant reçu une formation suffisante en matière de lutte contre les infections dans de nombreux établissements. Dans notre rapport préliminaire, nous avons souligné le besoin urgent de programmes de lutte contre les infections et la réitération de notre demande auprès du ministère de financer et de parrainer ces programmes dans l'immédiat.

1. Priorités immédiates (1 à 3 mois)

Le Comité d'experts est de l'avis que la première priorité de la province est de former un CPLMT permanent ainsi qu'un sous-comité provincial de lutte contre les infections. On ne peut jamais trop insister sur le fait que la province doit pouvoir compter sur des normes et des lignes directrices uniformisées dans des domaines tels que la prévention et la lutte contre les infections, les exigences en matière de ressources humaines et la formation. L'une des premières normes qui doit être établie par un CPLMT nouvellement constitué devrait être l'élaboration des éléments fondamentaux soutenant un programme officiel de lutte contre les infections dans tous les établissements de soins actifs et de soins non actifs, notamment les ressources nécessaires. Parallèlement à ce besoin immédiat, des normes essentielles à la formation dans le domaine de la lutte contre les infections à l'échelon de l'établissement ainsi que du matériel éducationnel normalisé visant à refléter ces normes devraient être mis sur pied par l'intermédiaire du CPLMT conjointement avec des éducateurs possédant la formation appropriée.

2. Priorités à court terme (3 à 12 mois)

Le CPLMT peut dès lors commencer à élaborer des normes et des lignes directrices relatives aux pratiques de prévention et de lutte contre des infections spécifiques, telles le lavage des mains, la stérilisation, les programmes de surveillance et les techniques d'isolement. À leur tour, les

modèles de protocoles de lutte contre les infections élaborés en partenariat avec les centres hospitaliers universitaires et destinés à être utilisés par les plus petits établissements pourraient rendre compte de ces normes. Par ailleurs, le CPLMT devrait commencer à combler les lacunes en matière de normes et de lignes directrices ayant trait à la conception d'établissements, notamment la conception des salles d'urgence. Ce sujet est exploré plus en détail ci-après. Le Comité d'experts reconnaît que tout ce travail ne peut être réalisé en une courte période de temps et qu'il s'agira d'un processus de longue haleine qui nécessitera vraisemblablement la création de groupes de travail. Par ailleurs, à court terme, le CPLMT devrait commencer à agir à titre de ressource et d'organe consultatif auprès du ministère relativement à la planification des mesures d'urgence appliquées aux maladies spécifiques, en vue notamment d'affiner un plan contre la grippe pandémique pour l'Ontario.

En ce qui concerne les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, au moins deux initiatives sont en cours en Ontario au moment de la rédaction du présent rapport. Le Comité d'experts soutient et encourage pleinement le travail qui s'accomplit dans ces deux régions au moment où le CPLMT est en cours de création. Nous exhortons le ministère à affecter immédiatement des crédits afin de soutenir la mise sur pied de ces réseaux et de faciliter la création de réseaux régionaux additionnels à l'échelle de la province. Il sera utile d'évaluer et de documenter l'expérience de ces nouveaux réseaux à titre d'exercice d'apprentissage concret pouvant service d'exemple pour toute la province.

Parmi les premières étapes à court terme nécessaires à la mise sur pied des réseaux régionaux, notons le regroupement des différents acteurs régionaux en vue de planifier et d'élaborer l'infrastructure des réseaux. À l'automne 2003, le Comité d'experts a parrainé une série de séances sur les soins actifs et la santé publique qui ont réuni des personnes venant de chacun de ces deux secteurs des soins de santé pour discuter des leçons apprises quant à la manière de mieux travailler ensemble dans des situations de crise telles que celle du SRAS. Ces séances ont été extrêmement productives et ont permis de faire de grands pas en direction d'un futur travail de collaboration. Dans cette perspective, nous encourageons le ministère à parrainer d'autres séances similaires à l'échelle de la province. Ces occasions sont une première étape vers la création de réseaux régionaux dans toute la province. Il est essentiel d'amener les intervenants appropriés à collaborer afin de réussir dans le lancement de ce projet. Il s'agit d'activités pouvant être mises sur pied de façon rapide et peu coûteuse.

Une fois que les groupes nécessaires auront été réunis, le Comité d'experts envisage les activités suivantes d'élaboration de l'infrastructure de réseau

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

régional comme priorités à court terme :

- choisir un centre hospitalier universitaire ou un hôpital de soins tertiaires en tant qu'organisme leader;
- établir un comité directeur;
- demander au comité directeur de définir une vision locale et un plan opérationnel, notamment la désignation logique des limites de réseau régional;
- soumettre le plan opérationnel au ministère aux fins de financement;
- définir des ressources spéciales telles qu'un coordonnateur régional, un directeur médical et un soutien administratif.

Le plan opérationnel élaboré par le comité directeur devrait également être mis à la disponibilité de tous les intervenants pertinents afin que la mise en œuvre puisse être retracée, documentée et utilisée pour modifier le plan, au besoin. Par ailleurs, chaque réseau régional émergent devrait désigner une personne responsable du processus d'élaboration afin qu'elle joue le rôle de relais de communication entre le ministère et les autres réseaux régionaux en ce qui concerne le progrès de l'élaboration et les questions connexes. Cette personne pourrait être le président du comité directeur ou, s'ils sont en poste, le coordonnateur régional et le directeur médical.

3. Priorités à moyen terme (1 à 2 ans)

Une fois que le CPLMT aura entrepris la tâche à court terme d'élaborer les normes et les lignes directrices de prévention et de lutte contre les infections pour l'Ontario, il peut commencer à mettre en œuvre d'autres parties de son mandat, notamment la création des indicateurs de base normalisés qui devront être communiqués à l'échelle de la province, la consultation tant au sujet des priorités en matière de recherche qu'auprès ministère sur des questions de politiques pertinentes.

Dès que chaque réseau régional aura en place l'infrastructure nécessaire à son fonctionnement, il pourra procéder à la mise en œuvre des premières parties de son mandat global. En tenant compte du besoin de souplesse à cause des différences régionales, le Comité d'experts prévoit que la tâche première sera d'améliorer et de normaliser les pratiques de prévention et de lutte contre les infections dans chaque région, y compris en ce qui concerne l'éducation. Ceci devrait être facilité par les normes et lignes directrices élaborées par le CPLMT. À partir de là, les réseaux régionaux pourraient concentrer leurs efforts sur les mesures normalisées à appliquer en situation d'éclosion de maladies transmissibles en identifiant les indicateurs de base ainsi que d'autres mesures d'assurance de la qualité.

La composition des réseaux régionaux est un autre paramètre relié à leur mise en place progressive. Au départ, les membres devraient provenir

d'hôpitaux délivrant des soins actifs et non actifs, d'établissements de soins de longue durée et de bureaux de santé publique. Par la suite, ils pourront être recrutés dans les laboratoires, les Centres de santé communautaires, les centres d'accès aux soins communautaires, les Services d'urgence de santé et auprès d'autres fournisseurs dans la communauté dès lors que chaque réseau devient plus solide et capable de répondre aux besoins de tels organismes. Le Comité d'experts est conscient qu'il ne faut pas être trop directif à cet égard et que, dans certaines régions, les membres puissent provenir d'horizons plus variés.

Effets à l'échelon des établissements

Les bénéficiaires ultimes de la création du CPLMT et des réseaux régionaux sont les établissements et les organismes fournissant des services reliés à la santé ainsi que les patients et le public. Les établissements et organismes membres de réseaux régionaux établis récolteront les bénéfices d'une approche basée sur la collaboration et la normalisation appliquée au domaine de la lutte contre les infections et aux mesures en cas d'éclosion, notamment l'accès à l'expertise et à la capacité d'appoint en temps de crise. En outre, ils bénéficieront de l'amélioration de la qualité résultant des normes, lignes directrices et indicateurs de base élaborés par le CPLMT et mis en œuvre par les réseaux. Sur le terrain, chaque établissement et organisme membre aura accès au soutien dont il a besoin pour élaborer des plans de d'urgence et de prise en charge des éclosions, et plus important encore, des programmes internes complets de lutte contre les infections. C'est là notre vision. Cela étant dit, le modèle de réseau régional offrira un réel bénéfice pour de nombreux établissements qui cherchent individuellement à trouver comment et où accéder aux compétences, outils et conseils dont ils ont besoin pour mettre sur pied des programmes renforcés de lutte contre les infections.

1. Infections nosocomiales et programmes internes de lutte contre les infections

Les fonctions clés d'un programme de lutte contre les infections en milieu hospitalier ou non hospitalier sont les suivantes[18] :

- gestion de l'information et des données essentielles, incluant les données de surveillance relatives aux infections nosocomiales et aux autres infections;
- mise en œuvre des politiques et des procédures, idéalement fondées sur les résultats et conformes au consensus des experts;
- intervention directe afin de prévenir la transmission des infections, y compris la prévention et la lutte contre les éclosions;
- éducation et formation des travailleurs des soins de santé, des fournisseurs et, au besoin, des patients.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

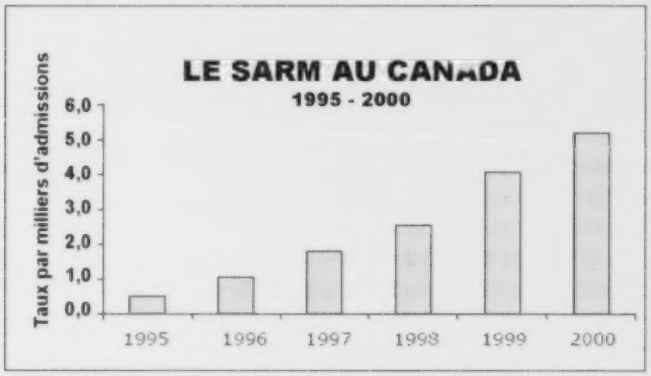
Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Il est estimé que jusqu'à 10 % des patients des grands hôpitaux universitaires canadiens contractent des infections nosocomiales, notamment des infections des voies urinaires, des pneumonies, des infections par voie sanguine et par plaie[19]. Ces estimations correspondent aux chiffres enregistrés aux États Unis où, sur une base annuelle, approximativement 10 % des personnes hospitalisées contractent des infections nosocomiales et environ 4 % de ces personnes en meurent. Le coût total approximatif attribuable à ces situations est estimé à plus de 4,5 milliards de dollars par an[20]. Ces données suggèrent un coût comparable de près d'un demi milliard de dollars au Canada.

Un autre problème d'importance à l'échelle mondiale est celui de l'émergence et de la prolifération d'organismes résistants aux antibiotiques (ORA). De nos jours, le SARM est un cas bien connu. Tel qu'illustré dans le graphique suivant, le taux de SARM au Canada a été multiplié par près que 10 entre 1995 et 2000 et il n'y a pas d'indication que cette tendance s'atténue de quelque façon que ce soit.



Source : Dr Andy Simor. Présentation sur la résistance aux antibiotiques au Canada, séminaire de la société 3M, 4 novembre 2001.

Un programme optimal de lutte contre les infections devrait effectuer la surveillance des infections nosocomiales et des ORA notables sur le plan épidémiologique. Un examen des normes professionnelles canadiennes et américaines indique que le praticien de lutte contre les infections est la ressource la plus importante pour la réduction du risque d'infection dans les services de soins de santé. Cet examen est fondé sur des activités telles que la formation des membres du personnel, la surveillance, la gestion des éclosions et l'évaluation des effets de la résistance aux antimicrobiens[21]. La mise en œuvre de programmes efficaces de lutte contre les infections doit tenir compte des caractéristiques uniques de chaque établissement et organisme en ce qui a trait au niveau de soins fourni et aux risques inhérents de transmission de maladies infectieuses.

La création de normes et de lignes directrices par le CPLMT ainsi que la mise en place des réseaux régionaux contribueront largement à mettre en œuvre des programmes exhaustifs de lutte contre les infections à l'échelle du système de santé et de la province. De tels programmes sont une étape importante pour aider à réduire les taux d'infections nosocomiales ainsi que les taux importants de morbidité et de mortalité, sans oublier les coûts financiers qui y sont associés.

Le Comité d'experts souhaite répéter que les réseaux régionaux ne doivent pas être utilisés pour remplacer ni pour combler les écarts au sein des établissements et organismes qui ne possèdent pas de programmes de lutte contre les infections. Chaque établissement et organisme devrait plutôt être tenu responsable de mettre en œuvre un programme pertinent basé sur les normes et les lignes directrices établies par le CPLMT. Par ailleurs, le Comité d'experts souligne qu'il est nécessaire que le ministère s'assure que les ressources humaines et éducationnelles adéquates sont disponibles afin de mettre correctement en œuvre les programmes conformes aux normes et aux lignes directrices du CPLMT.

2. Rôle de l'hygiène et de la sécurité au travail en matière de lutte contre les infections

Au niveau de l'établissement, le rôle de l'hygiène et de la sécurité au travail est également important. Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts notait la nécessité de développer la collaboration et de clarifier les rôles et responsabilités entre les services d'hygiène et de sécurité au travail et ceux de lutte contre les infections. Grâce à des discussions avec des experts des deux disciplines, nous avons découvert des mesures qui pourraient être utilisées pour renforcer cette collaboration.

Les établissements devraient chercher à s'assurer d'une représentation croisée des membres des services d'hygiène et de sécurité au travail et de lutte contre les infections au sein des comités clés. De même, il faudrait définir des procédures pour protéger la confidentialité des renseignements personnels des employés et des protocoles appropriés de partage de l'information. Il est également nécessaire de préparer des processus clairs au sein des services d'hygiène et de sécurité au travail en matière de surveillance des maladies transmissibles et du pourcentage d'immunisation au sein de la population d'employés.

Parallèlement à ces mesures visant à renforcer la collaboration, le Comité d'experts croit fermement que les services d'hygiène et de sécurité au travail devraient être dotés de ressources distinctes de ceux de la lutte contre les infections et ce, afin d'éviter des conflits d'intérêt potentiels en ce qui concerne les questions de santé des employés; dans de nombreux

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

établissements, les responsabilités relatives à ces deux champs d'expertise sont entre les mains des mêmes personnes.

3. Conception des établissements

Tel que discuté dans le rapport préliminaire, il n'existe pas actuellement en Ontario d'ensemble de lignes directrices ni de normes relatives à la lutte contre les infections ou à la conception d'établissements. Nous soulignions alors le besoin de mettre en œuvre une approche plus globale et plus cohérente en vue d'intégrer la lutte contre les infections dans la conception des établissements de soins de santé. Le Comité d'experts a également discuté des questions relatives à la conception et à la capacité des services d'urgence ainsi que d'autres obstacles physiques reliés à la conception des établissements. Nous avons recommandé la mise en place d'un processus pluriannuel visant à identifier et à supprimer de tels obstacles dans la conception.

(a) Normes ou lignes directrices

Après la publication du rapport préliminaire, le Comité d'experts a discuté avec de nombreux experts afin d'avancer dans l'élaboration de lignes directrices ou de normes concernant la conception des établissements. Actuellement, des architectes, programmeurs et planificateurs s'inspirent d'une série de lignes directrices émanant de sources telles que Santé Canada[22], des *Centers for Disease Control and Prevention*[23], de l'*American Institute of Architects*[24] et de l'Association canadienne de normalisation[25]. Le Comité d'experts a de nouveau été informé de la nécessité pour l'Ontario d'avoir un ensemble minimal de normes et de lignes directrices uniformes qui soient clairement définies et qui puissent être comprises par toutes les parties concernées par la conception d'établissements de soins de santé. L'élaboration de ces documents devrait être du ressort du CPLMT, en partenariat avec le ministère et des experts et consultants tiers.

Ces normes et lignes directrices devraient être applicables aux nouveaux bâtiments ainsi qu'à la rénovation de bâtiments plus anciens. Elles devraient également être suffisamment souples pour être adaptées à des exigences d'établissements uniques; à cette fin, des lignes directrices pertinentes pourraient être requises pour chacun des hôpitaux de soins tertiaires, hôpitaux régionaux, hôpitaux de communauté et de région rurale et, éventuellement, des établissements de soins de longue durée.

Plutôt que d'être appliquées en règles rigides, toutes les normes et lignes directrices élaborées devraient être davantage basées sur les objectifs afin de donner de la souplesse et de prendre en compte

l'évolution rapide des technologies et des connaissances en matière de conception d'établissement. Il a été mentionné au Comité d'experts que les normes démontreraient aussi leur utilité en servant de repère dans le processus de planification de projets d'envergure. Par ailleurs, elles devraient être utilisées en tant que principes fondamentaux sur lesquels peuvent s'appuyer les responsables de la conception, de la construction et de la fonctionnalité des établissements proposés comme ceux des établissements actuels.

Les normes et lignes directrices devraient ensuite refléter les modifications de conception essentielles à une lutte efficace contre les infections. Ceci pourrait comprendre des éléments tels qu'éviter les toilettes communes, limiter l'occupation des chambres à deux patients ou moins lorsque c'est possible, maximiser le nombre de chambres à un seul lit et préciser l'emploi de matériaux de construction appropriés qui peuvent être facilement nettoyés et désinfectés.

Il peut ne pas être réaliste d'établir des meilleures pratiques universellement applicables à la conception d'établissement, à cause de leur variabilité inhérente. À cette fin, les renseignements décrivant quels aspects particuliers de la conception d'établissement sont fondés sur les expériences réussies d'établissements actuels devraient être rendus publics afin qu'ils puissent être rapidement partagés.

(b) Conception des salles d'urgence

Les salles d'urgence sont le premier portail d'entrée de l'hôpital pour de nombreux patients. Au cours des dernières années, nous notons une tendance à utiliser les services d'urgence pour plusieurs tâches qui n'étaient pas prévues à l'origine, notamment celles pratiquées habituellement pour les patients externes. Il en résulte une augmentation du trafic dans les salles d'urgence et un regroupement de patients dont les troubles présentent divers niveaux d'acuité. De plus, les taux élevés d'occupation des lits dans les hôpitaux de soins actifs ont conduit à admettre des patients dans les salles d'urgence pendant de longues périodes, aggravant ainsi les problèmes d'engorgement et de débordement.

Pourtant, la majorité des salles d'urgence en Ontario ne sont pas conçues pour prévenir et lutter contre la propagation des maladies infectieuses. C'est pourquoi des normes et des lignes directrices précises sont nécessaires à l'étape de la conception des salles d'urgence. Ces indications devraient se concentrer sur des points tels que la conception des zones de triage et des salles d'attente étant donné que le degré de risque qu'un patient puisse propager une maladie infectieuse n'a pas encore été déterminé pour ces endroits. En outre, des espaces et des installations appropriées sont nécessaires

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

pour ménager des zones d'attente ou d'évaluation, ce qui permettra d'évaluer de manière correcte et sécuritaire les patients pouvant poser un risque de maladie infectieuse.

Toutes les salles d'urgence doivent comporter une capacité minimale d'isolement des cas suspects ou réels de maladie infectieuse. Il est possible de créer des salles de confinement à différents degrés, allant de la salle de séparation sans traitement d'air spécial en passant par la chambre d'isolement à pression négative avec une capacité de filtration à particules à haute efficacité jusqu'à la chambre d'isolement complet à pression négative avec une pièce technique (ou antichambre) et une salle de bains adjacentes. Au moins une salle de réanimation devrait pouvoir devenir une salle de confinement. Une antichambre de dimensions adéquates est nécessaire à l'isolement complet. Elle doit également permettre au personnel de porter ou d'enlever et de jeter les équipements de protection individuels et de prendre toutes autres précautions nécessaires de lutte contre les infections dans un environnement séparé des couloirs du centre hospitalier.

Les établissements plus importants devraient aussi envisager l'ajout d'aires de confinement à l'intérieur de leurs salles d'urgence. Il pourrait s'agit d'une série de salles ou d'espaces de triage ou d'une zone d'attente qui pourrait être séparée physiquement des autres parties de la salle d'urgence relativement facilement. Les exigences en matière d'espace et du nombre de visites de patients par année (entre 40 000 et 50 000, au bas mot) sont les déterminants les plus importants pour établir la faisabilité d'aires de confinement dans un établissement donné.

(c) Capacité d'isolement dans les établissements, sur une base régionale

Les besoins en matière d'isolement et de confinement spécifiques dans les établissements, que ce soit dans la salle d'urgence ou dans l'établissement en général, devraient être déterminés en suivant une approche progressive du risque. Elle devrait examiner les programmes et services offerts par l'établissement, la taille de ce dernier, les tendances relatives à l'orientation des patients par un professionnel de la santé et les besoins fondamentaux en les comparant à la capacité d'appoint requise en situation d'éclosion. Une fois que les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections seront en place, ils devraient coordonner l'utilisation efficiente de la capacité de confinement et d'isolement présente dans tous les établissements de la région. Ceci pourrait impliquer l'élaboration d'algorithmes de triage ou de lignes directrices destinés à aider à trier les patients par catégories en fonction de leur risque relatif de maladie

infectieuse. De cette manière, les patients à risque plus élevé seraient orientés vers des établissements ayant une meilleure capacité d'isolement alors que d'autres hôpitaux agiraient comme centres de dépistage et d'orientation, en particulier dans une situation d'éclosion.

Tous les établissements devront présenter une certaine capacité de base pour s'occuper des cas de maladies infectieuses. Les réseaux régionaux devraient aussi jouer un rôle en mettant en application les normes et lignes directrices relatives à la conception des établissements à l'échelon local en prenant en compte les besoins spécifiques de ces établissements.

Un autre aspect important, à l'échelon régional, est la disponibilité de chambres à pression négative et de chambres d'isolement complet. Dans le rapport préliminaire, le Comité d'experts recommandait une évaluation des besoins basée sur les résultats en ce qui a trait aux chambres à pression négative. Cette évaluation devait jeter les bases nécessaires à la définition du nombre suffisant de chambres à l'échelon régional. Le Comité d'experts croit qu'une approche régionale est plus efficiente sur le plan des ressources et plus efficace sur le plan des coûts. Il est nécessaire d'établir le nombre et l'emplacement de toutes les chambres à pression négative, de toutes les chambres d'isolement présentes dans la province, notamment celle qui ont été créées à la suite de la crise du SRAS, afin de compléter cette évaluation des besoins. Parallèlement à cela, il faut que le CPLMT définisse des lignes directrices ou des normes et, lorsque c'est possible, le nombre nécessaire et la distribution de ces chambres sur une base régionale. Un protocole et des mécanismes clairs doivent être mis en place en ce qui a trait à l'accès aux installations à pression négative au sein d'une région.

Le Comité d'experts croit qu'il faudrait porter une attention accrue à l'utilisation potentielle de nouvelles technologies telles que les unités mobiles de filtration de particules à haute efficacité et les unités mobiles d'isolement pour patient unique, lesquelles sont spécialement employées comme mesure utilisable à court terme en attendant l'évaluation complète des besoins basés sur les résultats. À cette fin, le ministère devrait commencer à élaborer immédiatement des processus d'évaluation de l'utilisation et de l'efficacité appropriées de ces technologies par l'intermédiaire du Secrétariat des services consultatifs médicaux, conseillé par des experts indépendants appropriés.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Figure 1 : Avant que l'agence soit fonctionnelle

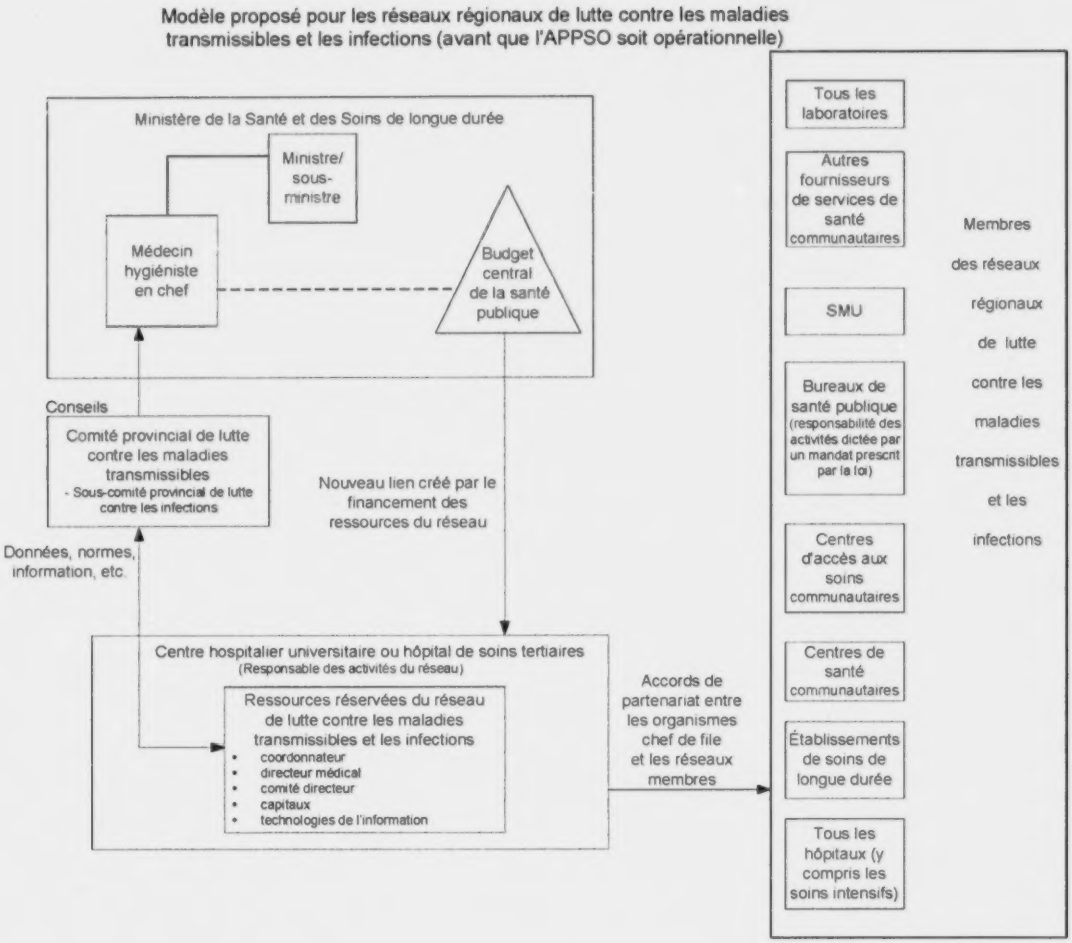
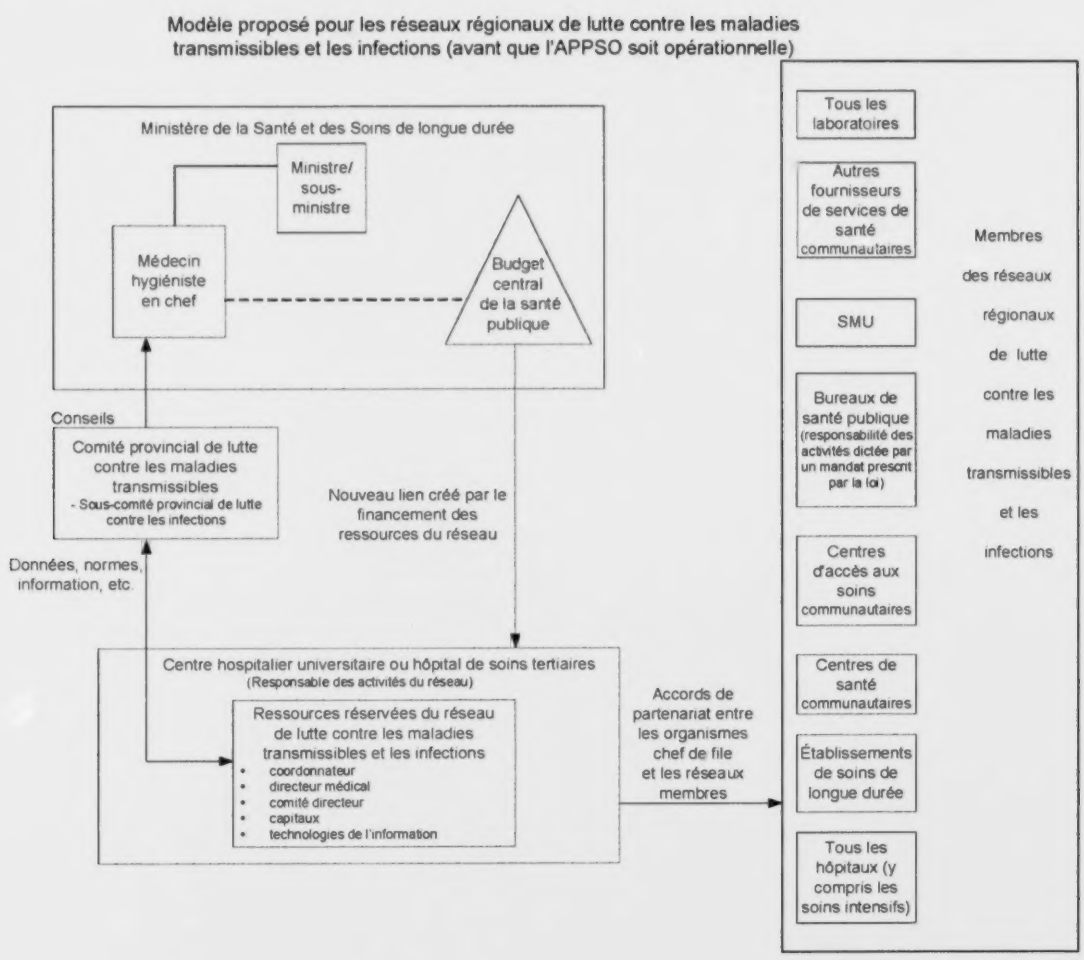


Figure 2 : Après que l'agence soit fonctionnelle



Recommandations

Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles

Mise en œuvre et présentation de rapports

29. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles permanent doit être mis en place avant le 30 juin 2004. Les sous-comités nécessaires doivent également être créés à cette date, notamment un sous-comité provincial de lutte contre les infections. Le cadre de référence du Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit tenir compte et incorporer, le cas échéant, le mandat et les membres du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles.

30. Le Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles rend compte initialement au médecin hygiéniste en chef; puis, il dépendra du directeur du département de lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, dès que celle-ci sera en fonction.

31. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit établir des protocoles pour les points de communication bidirectionnelle avec les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Ces protocoles et ces points d'accès à l'information doivent pouvoir être intégrés à d'autres outils technologiques de communication et informatiques créés dans le cadre de l'infrastructure de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le cas échéant.

32. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit créer une page Web spécialisée, accessible au public et aux fournisseurs de soins de santé. Cette page doit afficher toutes les normes et lignes directrices approuvées, ainsi que celles qui sont en cours d'élaboration, en plus de tous les avis pertinents.

Membres

33. Le premier président et les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent être nommés par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur la recommandation du médecin hygiéniste en chef et par l'entremise d'un processus de nomination transparent, pour des mandats fixes mais décalés. Une fois l'agence de protection et de promotion de la santé de

l'Ontario créée, le conseil d'administration de l'agence aura la responsabilité de soumettre les nominations.

Les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent compter, au minimum, des représentants des domaines suivants :

- lutte contre les infections;
- maladies infectieuses;
- microbiologie;
- santé et la sécurité au travail;
- santé publique;
- épidémiologie;

ainsi que des représentants des secteurs des soins actifs et non actifs.

Parmi les autres membres du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles, il faut noter le médecin hygiéniste en chef et au moins un représentant des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, comme le président du comité régional de coordination.

Fonctions et mandat

34. Le mandat initial du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit être de créer des normes et des lignes directrices pour la lutte contre les infections et ce, en appliquant les meilleures pratiques fondées sur les faits.

    a. Les premières normes et lignes directrices de lutte contre les infections créées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent :

        - définir les éléments fondamentaux nécessaires à la création des programmes complets de lutte contre les infections dans les établissements de soins actifs et non actifs;
        - se pencher sur les questions relatives aux ressources humaines et aux compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un programme complet de lutte contre les infections;
        - aborder la formation dans le domaine de la lutte contre les infections à l'échelon de l'établissement, notamment, lorsque cela est approprié, l'élaboration de matériel de formation normalisé, conjointement avec des formateurs.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

À titre de mesure supplémentaire, le ministère doit immédiatement élargir et subventionner les programmes de formation dans le domaine de la lutte contre les infections. Il doit également élaborer des stratégies supplémentaires pour recruter des professionnels de la lutte contre les infections.

b. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la seconde partie de son mandat, élaborer des normes et des lignes directrices concernant des pratiques particulières de prévention et de lutte contre les infections, comme :
   - des techniques de lavage des mains;
   - des protocoles de nettoyage et de désinfection;
   - des programmes spécifiques de surveillance;
   - des techniques d'isolement;
   - l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle;
   - la conception des établissements, notamment les salles d'urgence.

c. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la troisième partie de son mandat :

   - définir les principaux indicateurs devant être rapportés par chaque type d'établissement en Ontario;

   - élaborer des systèmes d'auto-vérification et de vérification externe destinés aux établissements et aux organisations;

   - élaborer, au besoin, des modèles de protocoles ou de programmes de lutte contre les infections;

   - conseiller le ministère ou l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario sur les priorités de recherche en matière de lutte contre les infections et les maladies transmissibles en Ontario;

   - conseiller le ministère sur les politiques adaptées pour la lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

35. À la demande du médecin hygiéniste en chef, le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit commencer à agir en tant qu'organisme consultatif auprès du ministère sur des questions particulières, comme l'amélioration du plan contre la grippe pandémique en Ontario et la publication d'avis sur les questions de lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Mandat

37. Chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doit inclure les activités de base suivantes dans son mandat :

    - cerner les ressources et les pratiques de lutte contre les infections présentes dans la région de façon à déterminer la capacité de base et les écarts;
    - aider les membres du réseau à mettre en œuvre les normes et les lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles;
    - coordonner la surveillance des principaux indicateurs;
    - soutenir les activités des bureaux de santé publique, puisqu'ils sont mandatés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
    - préparer un rapport centralisé des données et renseignements régionaux.

Membres

38. Les membres de chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent provenir des établissements ou des organisations, notamment des organismes suivants :
    - hôpitaux de soins actifs et non actifs;
    - établissements de soins de longue durée;
    - bureaux de santé publique.

    D'autres membres provenant des laboratoires, des services ambulanciers et des services et fournisseurs communautaires peuvent être recrutés au fur et à mesure que la capacité et l'infrastructure du réseau se développent.

Mise en œuvre

39. Le ministère doit s'engager immédiatement à dégager les subventions nécessaires aux initiatives du réseau régional qui sont déjà en cours en Ontario. D'autres subventions ciblées devraient être mises de côté immédiatement pour le développement de réseaux supplémentaires dans la province, dans le cadre d'un plan pluriannuel de mise en œuvre

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

de réseaux à l'échelle de la province. Ce financement doit faire partie d'une enveloppe budgétaire ciblée.

a. En se fondant sur l'expériences des premières initiatives de réseaux, le ministère et les réseaux en cours de développement doivent consacrer des ressources et mettre à profit les apprentissages pour améliorer les réseaux dans la province.

b. Pour déclencher le développement des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections en Ontario, le ministère doit, dans une étape préliminaire, organiser immédiatement des séances de planification supplémentaires rassemblant les intervenants appropriés provenant, entres autres, des secteurs de soins actifs et de la santé publique.

40. Les intervenants régionaux participant à l'élaboration et la mise en œuvre des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent, grâce à la mise en place progressive du mandat de chaque réseau, entreprendre les activités suivantes :

a. Création d'un comité directeur pour chaque réseau. Il faut pouvoir y compter, au moins, des représentants des professions et des milieux suivants :
   - organisme principal en soins actifs;
   - bureaux de santé publique;
   - praticiens de la lutte contre les infections;
   - médecins experts;
   - microbiologie;
   - santé et sécurité au travail;
   - coordonnateur régional;
   - directeur médical.

b. Sélection d'un organisme principal adéquat en matière de soins actifs. Les bureaux de santé publique doivent garder leur position de chef de file sur les sujets qui s'inscrivent clairement dans leur mandat prévu par la loi, comme la création de plans d'intervention en cas d'éclosion et la surveillance, l'examen et l'intervention face aux maladies transmissibles et à déclaration obligatoire.

c. Élaboration d'une vision et d'un plan de fonctionnement locaux par le comité directeur.

d. Définition des limites du réseau projeté, lequel prend en compte les facteurs suivants pour définir les limites des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections :

- l'emplacement et la capacité de l'expertise en matière de lutte contre les infections;
- les modèles rationnels de déplacement des patients, notamment les modes d'aiguillage;
- les groupes de service existants;
- les données démographiques correspondant à la couverture du réseau, notamment la population et le nombre de lits;
- les limites géographiques de base.

e. Soumission du plan de fonctionnement au ministère pour obtenir le financement.

41. Un mécanisme doit être mis en place pour s'assurer que tous les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections peuvent communiquer entre eux.

Conception des établissements

43. L'évaluation factuelle des besoins doit être entreprise à l'aide des normes et lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles. Le ministère doit élaborer et maintenir un inventaire du nombre et de l'emplacement de toutes les salles à pression négative et d'isolement en Ontario afin d'appuyer davantage l'évaluation des besoins.

44. Une fois que des normes claires seront établies en matière de lutte contre les infections relativement à la conception des établissements et qu'une évaluation des moyens existants sera terminée, nous recommandons au ministère de réserver une subvention pour les coûts uniques, passant de 10 millions de dollars la deuxième année à 40 millions de dollars la quatrième année, pour faire face aux besoins de réaménagement prioritaires. Les critères de priorité doivent être établis sur la base des recommandations du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles et des sous-comités concernés.

45. Le ministère, par l'entremise du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, du Secrétariat des services consultatifs médicaux et de toute expertise externe pertinente, doit créer immédiatement un processus pour évaluer l'utilisation et l'efficacité des nouvelles technologies applicables aux précautions en matière d'isolement, telles que les unités portatives de filtration de l'air et les unités d'isolement individuel.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Bibliographie

1. Singh D. « New infectious diseases will continue to emerge ». *BMJ*. 2004;328 (7433):186.

2. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada; rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* [Ottawa]: Santé Canada; 2003, p.142.

3. Monaghan B, Morgan C, Shragge B, Higginson L, Vimr M et Trypuc J. « Through the looking glass: the Cardiac Care Network of Ontario 10 years later ». *Hosp Q*. 2001;4(3):30-8.; Kevin Glasgow MD, PDG, Réseau ontarien de soins cardiaques. Février 2004. [Communication personnelle].

4. Action Cancer Ontario. Consultation en ligne : http://www.cancercare.on.ca. Consulté le 18 février 2004; Leslee Thompson, vice-présidente provinciale, Cancer System Integration & Performance Cancer Care Ontario. Février 2004. [Communication personnelle].

5. *Loi sur le cancer*, L.R.O. 1990, c. C.1.

6. Heart and Stroke Professional Education. Stratégie coordonnée sur l'accident vasculaire cérébral. 2004. Consultation en ligne : http://www.hsfpe.org. Consulté le 18 février 2004; Black D, Lewis M, Monaghan B, Trypuc J. « System change in healthcare: the Ontario Stroke Strategy.» *Hosp Q*. 2003;6(4):44-7.; Mary Lewis, Senior Manager Government Relations, Fondation de l'Ontario des maladies du coeur. Février 2004. [Communication personnelle].

7. Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles. Mandat. Octobre 1998; D^re^ Susan Tamblyn, médecin hygiéniste, circonscription sanitaire du district de Perth et professeur adjoint, département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université Western Ontario. Février 2004. [Communication personnelle]; D^r^ David Williams, médecin hygiéniste, circonscription sanitaire du district de Thunder Bay. Février 2004. [Communication personnelle].

8. Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, c. H.7.

9. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada; rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.* [Ottawa]: Santé Canada; 2003, p. 219-220.

10. L'Hôpital d'Ottawa, en consultation avec Champlain Partners. *Champlain Infection Control Network: a model to strengthen regional capacity and collaboration.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. Février 2004.

11. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, c. H.7, s.5,7. Voir également : Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires.* Décembre 1997. Consultation en ligne : http://www. health.gov.on.ca/english/ providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf. Consulté le 17 janvier 2004.

12. Dr Dick Zoutman, directeur médical, Service de lutte contre les infections, Hôpital général de Kingston. Janvier 2004. [Communication personnelle].

13. Specification of Communicable Diseases, Règl. de l'Ont. 558/91. Modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 97/03. [*Loi sur la protection et la promotion de la santé*]; Specification of Reportable Diseases, Règl. de l'Ont. 559/91. Modifié jusqu'au Règl. de l'Ont. 96/03. [*Loi sur la protection et la promotion de la santé*].

14. Renseignements fondés sur une communication personnelle avec Capital Health dans les régions sanitaires d'Edmonton et de Calgary.

15. *Projet de loi 31, Health Information Protection Act, 2003/Loi de 2003 sur la protection des renseignements sur la santé.* L'honorable M. Smitherman (ministre de la Santé et des Soins de longue durée). Première lecture le 17 décembre 2003. L'ordre portant deuxième lecture est annulé aux termes du règlement 72(a) et renvoi devant le Comité permanent des affaires gouvernementales le 18 décembre. Étudié les 26, 27 et 28 janvier, puis les 3, 4, 5 et 9 février 2004. Consultation en ligne : http://www.ontla.on.ca/documents/Bills/38_Parliament/Session1/b031.pdf. Consulté le 12 janvier 2004.

16. Réseau de télécommunications de santé à distance du Nord de l'Ontario. Consultation en ligne : http://www.northnetwork.com/webportal/NorthNetworkPortal/. Consulté le 20 janvier 2004.

17. *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, c. H.7, s. 22, 25-27, 29.

18. Scheckler WE, Brimhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA et coll. « Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: a consensus panel report ». Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1998;19 (2): 114-24.; Friedman C, Barnette M, Buck AS, Ham R, Harris JA, Hoffman P et coll. « Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in out-of-hospital settings: a Consensus Panel report ». *Am J Infect Control.* 1999;27(5):418-30.

19. Gravel D, Matlow A, le Point Prevalence Working Group, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales et le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers. *Nosocomial infections identified during a point. Prevalence survey within selected Canadian health care institutions.* Présenté lors de la réunion annuelle de la Society for Healthcare Epidemiology of America, Arlington, Virginie, Avril 2003. Dans : Loeb M, Chan-Carusone S, Daley P. [Université McMaster]. *Prevention of nosocomial infections: the organization and implementation of infection control in Ontario hospitals.* Observations présentées au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. Décembre 2003.

20. Martone WJ, Jarvis WR, Culver DH, Haley RW. « Incidence of nature of endemic and epidemic nosocomial infections ». Dans : *Hospital infections*, Bennet JV, Brachman PS, éds. 3e éd. Boston: Little, Brown and Co.; 1992, pages 577 à 596 ; Starfield.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

21. Horman-Murphy E, Barnard B, Chenoweth C, Friedman C, Hazuka B, Russel B, et coll. « APIC/CHICA-Canada Infection Control and Epidemiology: professional and practice standards ». *Am J Infect Control.* 1999;27(1):47-51.; Dougherty J. « Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term, and home care settings: conference proceedings of the Infection Prevention and Control Alliance ». *Can J Infect Control.* 2001;16 (2):35-39.

22. Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Division des infections nosocomiales et du travail. « Infections nosocomiales chez les patients d'établissements de santé liées aux travaux de construction. Atténuer le risque d'aspergillose, de légionellose et d'autres infections ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada.* 2001;27(Suppl 2):i-x, 1-42, i-x, 1-46. Consultation en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/01pdf/27s2f.pdf. Consulté le 20 mars 2004.; Bartley JM. « APIC state-of-the-Art report: the role of infection control during construction in health care facilities ». *Am J Infect Control.* 2000;28(2):156-69.; Santé Canada, Laboratoire de lutte contre la maladie, Division des infections nosocomiales et du travail. « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada.* 1999;25(Suppl 4):1-142. Consultation en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99pdf/cdr25s4f.pdf.Consulté le 20 mars 2004.

23. Garner JS, « Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals ». *Am J Infect Control.* 1996;24(1):24-52. Consultation en ligne : http://www.cdc.gov/ncidod/hip/ISOLAT/Isolat.htm. Dernière révision : 1997-02-18. Consulté le 20 mars 2004.; Centers for Disease Control and Prevention. « TB Infection-Control Guidelines Work Group. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities, 1994 ». *MMWR Recomm Rep.* 1994;43(RR-13):1-132. Consultation en ligne : http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/00035909.htm. Conversion le : 09/19/98. Consulté le 20 mars 2004.; Sehulster L, Chinn RY; CDC; HICPAC. « Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) ». *MMWR Recomm Rep.* 2003;52(RR- 10):1-42. Erratum : MMWR. 2003;52(42);1025-1026. Consultation en ligne : http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5210a1.htm. Consulté le 20 mars 2004.

24. The American Institute of Architects, Facility Guidelines Institute, U S Dept of Health & Human Services. *Guidelines for design and construction of hospital and health care facilities.* 2e édition. Washington D.C.: American Institute of Architects; 2001.

25. Norme de la CSA/CSA- Z317.13-F03. *Lutte contre l'infection pendant les travaux de construction ou de rénovation dans les établissements de santé.* Toronto : Association canadienne de normalisation (Canadian Standards Association), 2003.; Norme de la CSA/CSA - Z2317.2-F01. *Systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air (CVCA) dans les établissements de santé: exigences particulières.* Toronto : Association canadienne de normalisation (Canadian Standards Association), 2001.

Chapitre trois : Points de service

Aperçu du chapitre

	Page
Aperçu Coûts primaires prévus	215
Introduction	216
Accès des patients au système de santé 1. Incidence sur l'utilisation du système de santé 2. Capacité en matière de soins intensifs 3. Politique sur les soins axés sur la famille et les visites 4. Communication à l'échelon local A. Réseautage aux échelons provincial et local B. Partage des stratégies efficaces entre les organismes de santé 5. Mesures de quarantaine	218
Ressources humaine du domaine de la santé 1. Capacité et viabilité 2. Santé et sécurité au travail A. Devoir de prodiguer des soins 3. Étudiants	235
Recommandations	244

Chapitre trois : Points de service

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Aperçu

Dans sa réflexion sur l'expérience de l'éclosion du SRAS en Ontario, le Comité d'experts a concentré son attention sur le renouveau en matière de santé publique et sur le soutien connexe et l'infrastructure nécessaires pour se préparer à intervenir efficacement en cas d'éclosion de maladie infectieuse. En dernière analyse, tous les changements proposés ont pour but d'améliorer les services de santé et l'accès des particuliers à ces services ainsi que d'augmenter la sécurité du milieu de travail des fournisseurs de soins de santé.

Bien que le mandat du Comité d'experts consiste à faire des recommandations relatives au système, nous sommes convaincus que les changements que nous avons mis de l'avant ne se rapportent pas à un système abstrait mais aux patients et à ceux qui les soignent. Nous nous sommes concentrés ici sur un certain nombre de thèmes clés :

- la nécessité d'effectuer des évaluations après l'événement pour éclairer les approches futures de redressement du système et de rétablissement des établissements de santé afin qu'ils fonctionnent comme avant l'événement – en se fondant sur une étude récente qui a permis, pour la première fois, de quantifier l'incidence sur le système des restrictions imposées au cours de l'éclosion du SRAS;
- la création d'un système ou d'un réseau provincial des soins critiques pour gérer les ressources de l'Ontario dans ce domaine, tant au cours des périodes de demande soudaine et imprévue (pic), que des périodes de demande habituelle;
- la nécessité de déterminer et de satisfaire les besoins des particuliers sur le plan de la communication et du soutien physique et émotionnel dans l'éventualité d'une interruption locale du service ou d'une urgence de santé dans les domaines suivants, particulièrement en ce qui concerne les politiques de visite et les mesures de quarantaine.

En reconnaissance du fait qu'un système de santé repose aussi sur les personnes qui lui permettent de fonctionner au jour le jour, notre rapport préliminaire était également axé en grande partie sur les ressources humaines en santé. Trois enjeux principaux nécessitant un examen plus approfondi sont abordés dans le présent chapitre :

- l'augmentation de l'emploi à plein temps et la diminution de l'emploi occasionnel, afin que 70 % des effectifs travaillent à plein temps;

- la reconnaissance du devoir des professionnels de la santé de fournir des soins aux patients lors des urgences sanitaires et des épidémies ainsi que du devoir des employeurs de protéger et d'appuyer leurs employés;
- l'étude du rôle et de la participation des étudiants dans la planification des urgences.

Coûts primaires prévus

Les coûts d'exploitation annualisés d'un système ou d'un réseau de soins intensifs sont estimés à 1,5 M $ pour la deuxième année; on estime que les coûts de développement s'élèveront à environ 0,6 M $ la première année.

Introduction

Dans notre rapport préliminaire, nous avons reconnu les immenses répercussions émotionnelles et physiques subies par les personnes exposées au SRAS lui-même ou à la vaste gamme de ses retombées. Nous étudierons plus à fond ce phénomène dans le présent rapport final en nous concentrant sur les patients qui ont eux-mêmes fait l'expérience de la maladie et sur les personnes, ainsi que leur famille, qui ont subi la quarantaine ou d'autres mesures de contrôle, notamment les restrictions de l'accessibilité au système de santé en général.

Les conséquences de l'expérience du SRAS en Ontario se sont manifestées sur une échelle rarement vue auparavant dans la province. Bien que le SRAS ait principalement touché la région du grand Toronto, ses répercussions ont été ressenties à l'échelle de la province et du pays.

Ayant reconnu le fardeau que l'éclosion du SRAS a représenté, le Comité d'experts a organisé une série de groupes de consultation et d'entrevues privées pour écouter les récits des patients et de leur famille. Cet exercice a pris toute l'ampleur possible dans le contexte d'un processus n'offrant aucune protection légale.

Nous nous souvenons du SRAS comme d'un virus qui s'est insinué dans une population à son insu et a plongé beaucoup de familles, et en fait la province entière, dans un incroyable sentiment de désarroi. Des familles ont vu leurs proches succomber à une maladie dans des circonstances auparavant inimaginables. Beaucoup de personnes dont les vies ont été le plus directement touchées ont été traitées par le système de santé dans un état d'isolement, inconscientes et le plus souvent incapables de respirer sans l'aide d'un respirateur. Certains ne se souviennent guère de cette période.

Les familles, quand elles pouvaient rendre visite à leurs proches, devaient endosser un équipement de protection complet - tuniques, masques et gants - et éprouvaient toutes sortes d'émotions suscitées par la vue d'un parent intubé ne pouvant pas respirer sans l'aide d'un appareil. Nous avons aussi entendu les récits de ceux qui n'ont pas eu l'occasion de dire adieu à des êtres chers, des personnes mises en quarantaine, de ceux qui n'ont pu organiser de service funèbre ou y assister, des personnes qui n'osaient pas tenir un nouveau-né ou craignaient d'infecter un proche et des infirmiers qui ont connu la quarantaine trois fois ou plus. Nous n'avons pas oublié leur perte terrible et l'incroyable tristesse éprouvée au cours de cette période.

Parmi les récits que nous avons entendus, des patients ont vu de leurs yeux les infirmiers et les autres travailleurs de la santé qui portaient leur équipement de protection et ressemblaient à des astronautes, pendant qu'ils prodiguaient des soins à ceux qui en avaient besoin. Il y a eu aussi les récits de fournisseurs de soins de santé qui, en traitant leurs patients, sont tombés eux-mêmes malades et ont rapporté la maladie chez eux ou ont vu leurs collègues succomber à la maladie[1]. Et nous nous souvenons qu'il y a presque un an, l'Ontario a perdu, pour la première fois, un travailleur de la santé à cause du SRAS qu'il avait contracté en soignant des patients.

Le rôle du Comité d'experts consistait principalement à se pencher sur ce que nous pouvions apprendre sur le système et les politiques de santé. Ceci dit, nous reconnaissons la dimension humaine du SRAS. Nous reconnaissons aussi que les effets psychologiques et à long terme du SRAS ne sont pas pleinement connus ou compris. Cependant, notre travail a profité de la force de ceux et celles qui ont survécu au SRAS, qui ont peut-être subi une énorme perte dans leur famille mais qui ont consenti à nous faire profiter de leur expérience et à participer à des études qui nous permettront de nous préparer pour le jour où le SRAS ou une autre maladie semblable se manifestera de nouveau.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Accès des patients au système de santé

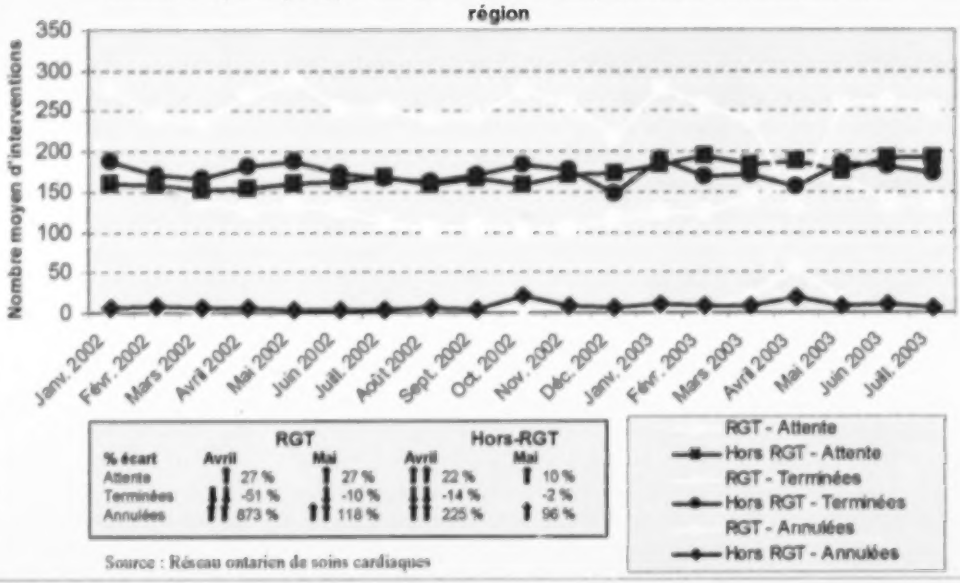
1. Incidence sur l'utilisation du système de santé

Les restrictions imposées au système de santé durant l'éclosion du SRAS ont eu de vastes implications sur la capacité de fournir des soins de manière sécuritaire. Dans notre rapport préliminaire, nous avons parlé de l'incidence des directives sur la communauté de la santé en général. Très désireux de comprendre, à partir de données réelles, l'incidence générale de l'éclosion du SRAS sur le système, nous avons commandé à l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) une étude sur l'incidence des restrictions du SRAS sur l'utilisation du système de santé par les résidants de l'Ontario. Les premières constatations de ce travail toujours en cours, étaient axées sur un petit groupe de « mesures relativement grossières sur la prestation des soins de santé à l'échelon du système[2] ». Au cours de l'étude, on ne disposait guère de données permettant de connaître l'incidence sur les résultats cliniques chez le patient et les listes d'attente.

Nous nous attendions à ce que les restrictions aient une incidence sur l'accès aux services. Cependant, l'IRSS déploie des efforts afin d'utiliser les données générées afin de visualiser cette incidence à l'échelon du système. Le rapport confirme que, comme on s'y attendait, l'utilisation des services de santé a été profondément touchée par la réaction du système de santé au SRAS. Les résultats indiquent que même les services les plus essentiels ont été touchés dans une certaine mesure. Cependant, ce sont les services planifiés, comme les interventions chirurgicales pour le cancer, qui ont été les plus touchés. Ceci concorde avec l'orientation des directives en vigueur à l'époque. Comme le SRAS nous l'a appris, l'amélioration de la coordination et de la planification peut être d'une grande aide à l'avenir pour maintenir, dans la mesure du possible, des services planifiés appropriés.

Chose logique, on observe aussi une différence marquée entre la perturbation du service dans la RGT et celle qui a été ressentie dans le reste de la province. « Étant donné le grand nombre de centres de soins tertiaires situés dans la RGT, cela se traduisait par une réduction de l'accès à des services hautement spécialisés comme la cathétérisation cardiaque et l'IRM, aux programmes spécialisés comme l'oncologie, les maladies neurovasculaires et les traumatismes, et un accès difficile aux orientations pour les soins spécialisés à l'extérieur, tant au sein de la RGT que dans les collectivités environnantes qui dépendent de la RGT pour des soins hautement spécialisés[3]. » Le graphique suivant met en lumière les différences d'accès aux soins entre la RGT et l'extérieur de celle-ci.

Tableau 8.3. Nombre moyen d'interventions de cathétérisme en attente, terminées et annulées par hôpital, par mois, dans la RGT comparativement à l'extérieur de la région



Source : Réseau ontarien de soins cardiaques

Reproduit avec l'autorisation de l'IRSS, 2003

Le domaine des services d'urgence aux patients hospitalisés mérite une attention particulière. Par exemple, le nombre de ventilations mécaniques (probablement en conséquence de la réduction du nombre de chirurgies nécessitant ces services) et des consultations pour infarctus aigu du myocarde a été réduit dans la RGT au cours de l'éclosion du SRAS.

Dans le domaine des actes médicaux prodigués aux patients externes, il y a eu comme prévu un déclin spectaculaire du nombre des procédures les moins urgentes au cours de l'éclosion du SRAS. Cependant, l'incidence sur les services aux patients externes les plus essentiels que nous avons étudiés, comme la chimiothérapie et les visites périnatales, a été heureusement moins marquée. L'écart le plus spectaculaire semble avoir été celui du nombre de tests diagnostiques chez les patients externes, en particulier dans la RGT en avril 2003, tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous. Il y a eu aussi une diminution considérable du nombre d'examens d'imagerie diagnostique et de visites pour des soins « non essentiels » dans les services d'urgence à l'extérieur de la RGT, ce qui semble indiquer que les personnes vivant dans des régions non touchées par le SRAS ont elles aussi changé leur façon d'interagir avec le système de santé. L'incidence du SRAS sur l'utilisation des services de santé semble

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

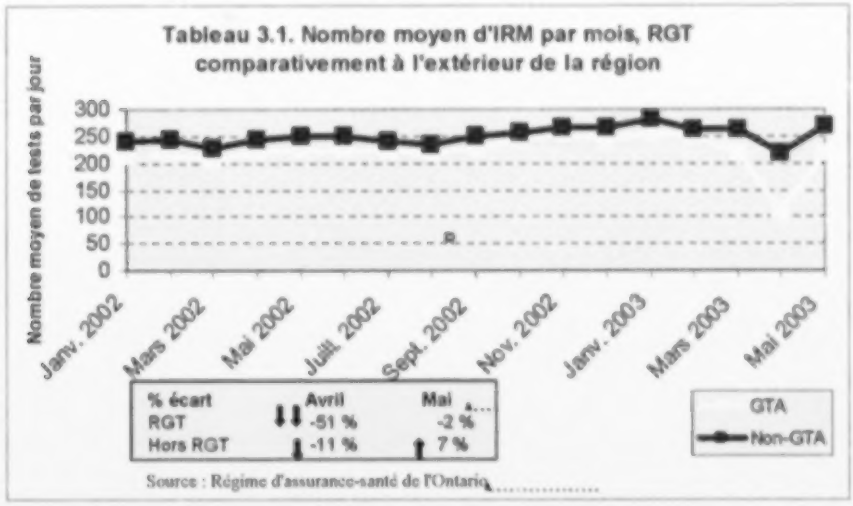
Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

avoir été plus grande en avril qu'en mai 2003, ce qui indique que les directives données durant la seconde vague de SRAS et l'augmentation des connaissances et de la coordination ont eu une incidence moindre que celles qui ont été constatées durant la première vague[4]. Cela semble corroborer, d'une manière quantitative, certaines des observations faites dans le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, selon lequel l'amélioration des connaissances et de la coordination au cours de la seconde phase de l'éclosion du SRAS a permis de réduire de façon mesurable les répercussions sur le système dans son ensemble ainsi que sur l'accessibilité aux soins[5].



Reproduit avec l'autorisation de l'IRSS, 2003

L'étude a aussi montré un déclin de l'utilisation des services des médecins en général au sein de la RGT, principalement en avril mais aussi en mai 2003. Ceci a de plus été étayé par les données sur le recours aux services des médecins. On a observé un déclin des honoraires professionnels des médecins en avril (baisse de 11,9 %), en mai (baisse de 0,6 %) et en juin (baisse de 2,2 %) 2003, ce qui confirme que la réaction de l'Ontario à la seconde vague a bénéficié d'une approche mieux informée et coordonnée, laquelle a eu une incidence moindre sur les services de santé de base.

L'étude a porté aussi sur un certain nombre d'autres domaines clés et a révélé ce qui suit :

- des déclins importants quant à l'utilisation des services ont été observés à l'intérieur comme à l'extérieur de la RGT pour bon nombre des problèmes de santé étudiés; ils étaient prévus pour un grand nombre des problèmes moins urgents comme les entorses, les blessures superficielles et les blessures au dos[6];

- des changements importants sur le plan des soins cardiaques au cours de l'éclosion du SRAS, en particulier en avril 2003. En avril 2003, il y a eu un déclin notable du nombre moyen de pontages, d'angioplasties percutanées et de cathétérisations cardiaques pratiqués dans la RGT[7]. Malgré cela, le nombre de patients qui attendent de subir ces interventions n'a pas augmenté, ce qui soulève d'importantes questions au sujet de la façon dont l'éclosion du SRAS a influencé les tendances en matière d'orientation.

L'étude initiale de l'IRSS nous a fourni un premier aperçu précieux de l'incidence réelle du SRAS sur l'utilisation des services de santé. Le Comité d'experts sait que l'IRSS a entrepris une seconde étude exhaustive d'envergure dans laquelle il examinera plus à fond l'impact global du SRAS sur le système, en se fondant sur des données sur le système de santé d'une portée plus large. Ces renseignements, lorsqu'ils seront entièrement élaborés, seront d'une importance considérable et fourniront certaines des données qui nous permettront d'apprendre et de raffiner nos approches en matière d'intervention lors des urgences sanitaires.

Bien que les restrictions imposées initialement au cours de l'éclosion du SRAS aient été draconiennes, elles se voulaient une mesure de protection justifiée par le manque d'information scientifique et clinique disponible dans le monde sur cette nouvelle maladie. La compréhension de l'incidence de ces mesures sur l'utilisation et les résultats pour les patients fournira au ministère et au secteur de la santé des données précieuses, lesquelles pourraient être utilisées afin d'élaborer et de perfectionner des plans de crise et de planifier la capacité d'appoint dans les domaines particulièrement vulnérables.

Le Comité d'experts encourage aussi le ministère à envisager la formalisation des évaluations qui suivent l'événement en ayant recours à des données qualitatives, des séances de comptes rendus et des données complètes et appropriées sur le système et les services de santé. Il est devenu manifeste au début de l'épidémie que, bien que le système ait pu appliquer très rapidement des mesures de confinement comme l'annulation des chirurgies prévues, il lui faudrait nettement plus de temps pour qu'il reprenne le rythme d'avant l'événement, ce que beaucoup d'entre nous n'avions pas présumé. On devrait étudier sérieusement, en s'appuyant sur des indicateurs clés comme l'incidence sur l'utilisation des services de santé et les résultats cliniques des patients, les résultats des évaluations effectuées après l'événement lors de la planification continue des mesures d'urgence, c'est-à-dire l'élaboration éclairée des approches futures d'intervention en cas d'épidémie, d'urgence de santé et d'interruption de service au niveau local. De telles évaluations doivent aussi éclairer les processus de redressement du système et de rétablissement des activités

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

des établissements de santé au rythme prévalant avant l'événement. Le Comité d'experts encourage aussi le ministère à envisager de faire, dans ses délibérations sur les mesures d'urgence futures, une distinction entre les interventions qui peuvent être considérées comme non urgentes, puisque le patient a « choisi » de subir l'intervention (chirurgie plastique), et celles qui sont prévues et considérées « nécessaires » (intervention contre le cancer, par exemple). Bien que l'on ne puisse garantir que les unes comme les autres ne seront pas touchées en cas d'urgence, des distinctions pourraient être faites lors d'urgences futures.

2. Capacité en matière de soins intensifs

Des intervenants ont décrit au Comité d'experts comment, durant la première vague de l'éclosion du SRAS, une certaine période a été marquée par une grande peur et la crainte exacerbée de courir les plus grands risques lorsqu'on a cru que les unités des traumatismes et des brûlures d'un grand hôpital d'enseignement de Toronto allaient fermer en raison de l'épidémie. De plus, à divers moments au cours de la crise, la province et les médecins ont connu des périodes de frustration intense tandis qu'ils essayaient de trouver des lits pour les patients en phase critique; on craignait que la fermeture des unités de soins intensifs ait des répercussions importantes. Ceci a mis en lumière la façon dont nous organisons et structurons nos ressources en soins intensifs pour assurer l'accès aux soins.

Dans son rapport préliminaire, le Comité d'experts a recommandé de réexaminer l'exactitude de même que l'utilité du programme CritiCall, notamment la fiabilité des données et leur transmission sans délai, et d'effectuer un examen du rôle qu'il pourrait jouer dans la gestion d'épidémies futures. CritiCall est un mécanisme par lequel les hôpitaux effectuent le suivi des lits de soins intensifs disponibles et les déclarent. Le Comité d'experts persiste à croire qu'une condition préalable à une gestion efficace de la capacité de soins intensifs est l'obtention de données à jour et exactes sur la capacité en lits de soins intensifs.

L'étude de l'IRSS qui a été évoquée plus haut dans le présent chapitre a elle aussi traité en profondeur de cette question et a confirmé l'opinion du Comité d'experts selon laquelle ce réexamen est nécessaire. L'étude de l'IRSS signale une nette augmentation de la disponibilité apparente des lits de soins intensifs dotés en personnel dans les petits et grands hôpitaux de la RGT au cours de l'éclosion du SRAS et après. Ceci ne concorde pas du tout avec la diminution de l'accès aux soins intensifs signalée sur le terrain au cours de l'éclosion du SRAS. Les données variaient de façon importante d'un hôpital à l'autre (parfois de 15 à 20 lits en une journée) et que certains hôpitaux signalaient un nombre de lits « négatif » certains jours quand les patients des soins intensifs étaient traités aux urgences. Ce fait soulève des

préoccupations concernant l'exactitude des données fournies par les hôpitaux au réseau CritiCall[8].

Comme on l'a expliqué plus tôt, le SRAS a montré que le système de santé doit mieux gérer l'accès à ses ressources en situation d'urgence. Nous avons aussi relevé que l'on a commencé à s'attaquer, sur plusieurs fronts, aux principaux problèmes du point de vue du système de santé.

Le Comité d'experts félicite le ministère d'avoir engagé les dirigeants, les planificateurs et les professionnels de la santé des soins intensifs de première ligne comme les infirmières, les inhalothérapeutes et les médecins, à identifier les problèmes et à rechercher des solutions pour mieux gérer les soins intensifs en Ontario. Par ce processus, les besoins suivants ont été définis :

- établir une approche systémique d'organisation et de planification des soins intensifs;
- se préparer à une demande soudaine et inattendue;
- disséminer les meilleures pratiques pour améliorer les résultats pour les patients et, en conséquence, l'accessibilité des soins intensifs.

Le Comité d'experts a aussi été informé d'une proposition visant à créer un groupe de travail sur les soins intensifs qui ferait des recommandations au ministère d'ici juin 2004 sur un système de soins intensifs.

Le système ou réseau de soins intensifs suggéré dans la proposition comprendrait un Centre des soins intensifs dont le rôle pourrait être :

- d'assumer un rôle de direction au cours des périodes de demande soudaine et inattendue;
- de recueillir et de transmettre des données sur l'utilisation des soins intensifs en permettant ainsi d'établir des références;
- de passer en revue et d'évaluer les meilleures pratiques en matière de gestion des unités et des patients, y compris des façons de procéder, et de recommander leur adoption;
- de recommander une technologie qui devrait être évaluée avant d'être largement disséminée;
- de créer des mécanismes pour former des leaders en médecine et en soins infirmiers qui géreraient un système/réseau de soins intensifs.

Dans le modèle proposé, il y aurait aussi une coordination et une collaboration accrues à l'échelle de la province entre les hôpitaux qui abritent des ressources de soins intensifs afin de disséminer les meilleures pratiques, diffuser l'innovation et pour appuyer et faciliter le travail du Centre des soins intensifs par des moyens comme la saisie des données et l'établissement de références.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nous convenons que le but principal de cet effort doit consister à assurer l'accessibilité des soins intensifs par la création d'un système qui gère les ressources en soins intensifs de l'Ontario au cours des périodes de :

- demande soudaine et inattendue (pic);
- demande habituelle[9].

Le plus important pour le Comité d'experts, c'est l'accès aux ressources en soins intensifs en cas d'urgence de santé, c'est-à-dire le besoin de disposer d'une capacité d'appoint[10] et de maintenir pour les patients un accès maximal aux services de soins intensifs.

Il semble aussi y avoir un besoin de s'assurer qu'il existe des mécanismes pour mesurer l'activité des soins intensifs et faire rapport sur celle-ci, y compris sur les indicateurs de qualité et de sécurité des patients. Le Comité d'experts encourage aussi les services de santé à faire des recherches pour améliorer l'efficacité du système de soins intensifs de l'Ontario et ainsi l'accessibilité aux ressources en soins intensifs nécessaires.

Par ce travail, les personnes et les organismes ont déjà signifié leur désir et leur intention de travailler en collaboration sur les problèmes du point de vue du système. Le Comité d'experts félicite le ministère et ses partenaires pour l'élan qu'ils ont engendré par leurs efforts et encourage le maintien de l'engagement de la communauté des soins intensifs à l'égard de la création d'un système ou d'un réseau des soins intensifs.

3. Politique sur les soins axés sur la famille et les visites

Dans son rapport préliminaire, le Comité d'experts a traité en détail des directives émises par le ministère au cours de la crise du SRAS. Nous avons aussi accordé une attention particulière aux difficultés rencontrées par les patients, les familles, les visiteurs, le personnel et le public en général à cause de ces directives relatives à la restriction des visites. Les visites étaient restreintes dans les centres, peu importe s'ils avaient un cas d'exposition au SRAS ou non, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la RGT, ainsi que dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. On a beaucoup débattu après l'éclosion de l'incidence des politiques relatives aux visites sur les soins aux patients.

Nous avons relevé dans le rapport préliminaire que certains fournisseurs de soins de santé ont trouvé qu'au cours des périodes de stress intense, les restrictions rigoureuses des visites (c'est-à-dire, la gestion des visites) ont permis en fait de supprimer ou d'atténuer le stress et ont joué un rôle pour limiter l'exposition au SRAS. Ceci dit, le Comité d'experts a surtout entendu parler des impacts émotionnels et psychologiques que les restrictions ont eus sur les patients et les familles. Par exemple, des

patients atteints de maladie d'Alzheimer ont subi des interventions chirurgicales sans que personne ne les accompagne. Dans d'autres cas, des personnes sont mortes sans avoir revu leurs êtres chers. Le rôle essentiel de la famille dans les soins et les décisions relatives au traitement et en tant que principal élément du soutien social aux patients a été sacrifié à la lutte contre l'infection. Pour le Comité d'experts, ces récits ont révélé le besoin d'explorer ces répercussions plus à fond; nous avons donc commandé une analyse d'éthique de la question qui a produit des suggestions au sujet des politiques des visites, lesquelles pourront être examinées à l'avenir.

L'analyse, *Visitor restrictions during a public health emergency: ethical issues and guidelines for policy development*, met en lumière les préoccupations exprimées par plusieurs fournisseurs de soins de santé au sujet des répercussions psychosociales néfastes des restrictions des visites, lesquelles ont été le plus fortement ressenties par certains groupes de patients et leurs proches. L'étude attire en particulier l'attention sur les [traduction] « patients en danger de mort imminente qui étaient en phase terminale ou dans un état critique, les patients en pédiatrie, les patients qui vivaient un événement important de leur vie et les patients hospitalisés pendant de longues périodes de temps comme étant ceux qui ont souffert émotionnellement, psychologiquement et socialement » et dont on conçoit qu'ils étaient ceux qui avaient le plus besoin de visiteurs mais qui ont pu subir un impact disproportionné quand les restrictions généralisées ont été appliquées[11].

L'étude met en lumière d'autres facteurs qui ont contribué à l'isolement social comme la barrière de la langue et de la communication et attire l'attention sur l'accroissement de la peur et de l'anxiété des personnes qui s'inquiétaient de la sécurité et du bien-être d'êtres chers et qui ne pouvaient pas leur rendre visite à l'hôpital. L'étude présente quelques conseils pratiques judicieux sur la façon de concilier le besoin de restreindre l'accès et les besoins des patients et de leur famille.

L'étude décrit aussi les politiques des visites imposées par le SRAS comme étant inutilement restrictives pour les patients, les visiteurs et parfois pour le personnel, en particulier dans les cas où il existait peu ou pas de preuves de l'existence d'un risque potentiel ou réel. L'étude recommande que les politiques sur les restrictions des visites soient toujours guidées par le principe selon lequel elles doivent être proportionnelles au tort potentiel que l'établissement cherche à éviter, tout en reconnaissant qu'une certaine restriction des visites peut toujours être nécessaire et appropriée. L'ampleur des torts causés, particulièrement au début de l'éclosion du SRAS, n'est pas entièrement connue. Le Comité d'experts appuie cette recommandation.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Il convient de distinguer la question de la participation de la famille aux soins des patients de celle de la myriade des autres visiteurs. Le Comité d'experts sait quelle importante contribution les parents et les visiteurs ont apportée en communiquant les antécédents médicaux essentiels pour garantir l'efficacité des soins et en jouant un rôle de soutien social pour des patients qui éprouvaient sans doute des sentiments d'isolement, d'abandon et d'ostracisme. Le soutien social est maintenant largement reconnu comme étant un facteur essentiel à la santé et peut être défini comme [traduction] « l'aide offerte à des personnes et à des groupes au sein des collectivités et qui peut constituer un rempart contre l'adversité de la vie et des conditions d'existence ainsi qu'une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de vie. Le soutien social peut comprendre le soutien émotionnel, le partage de l'information et la fourniture de ressources matérielles et de services[12] ».

Des études ont montré que l'isolement social et l'exclusion sont associés à des taux accrus de mort prématurée et à des chances réduites de survie après une crise cardiaque. En fait, les personnes qui reçoivent moins de soutien social et émotionnel éprouvent généralement moins de bien-être et plus de dépression[13]. De plus, certains experts ont découvert que l'effet sur la santé des relations sociales peut être aussi important que celui de certains facteurs de risque établis comme le tabac, l'activité physique, l'obésité et l'hypertension artérielle[14].

Ces études mettent en lumière l'incidence sur plusieurs années mais on a fait peu de recherches sur l'isolement temporaire. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que plusieurs fournisseurs nous ont parlé de la difficulté d'obtenir une description complète et exacte des antécédents de traitement en l'absence de la famille. Cela est manifestement un problème, même à court terme.

L'étude présente une analyse réfléchie des valeurs éthiques et des conflits sous-jacents associés aux restrictions des visites et de leurs liens avec trois thèmes importants :

1. Les répercussions psychosociales néfastes. Les limitations imposées par toute restriction des visites devraient être proportionnelles au tort potentiel à éviter. De plus, des mesures d'atténuation de tout tort potentiel causé par les restrictions devraient être mises en place chaque fois que cela est possible. Celles-ci pourraient comprendre des mesures visant à faciliter la communication entre les patients et les êtres qui leur sont chers, comme l'accès au courrier électronique et à un service téléphonique gratuit. Chaque fois que c'est possible, on devrait demander aux patients d'indiquer quelles sont les personnes qu'ils voudraient recevoir comme visiteurs.

2. Rupture des communications. Il importe de faire preuve de transparence au moment de justifier les restrictions des visites de sorte que le public ne les considère pas comme étant arbitraires ou excessives.

3. Diversité des interprétations et des mises en œuvre des directives du ministère et des réactions qu'elles suscitent.

En s'appuyant sur l'analyse, les auteurs du rapport ont élaboré un exemple de politique[15] de visites qui pourrait être utilisé lors d'une urgence de santé publique. Selon le Comité d'experts, elle pourrait servir à guider le ministère et les organismes de santé. Cet exemple de politique se trouve à la Figure 1, à la fin du présent chapitre. On demande instamment aux organismes d'élaborer des politiques qui établissent une distinction entre la participation aux soins par les parents ou les êtres chers et les autres visites qui ont un caractère plus social.

Il faut préciser que les urgences de santé sont toutes uniques et nécessitent des approches différentes. Ceci dit, elles présentent souvent des problèmes d'éthique et des difficultés semblables à celles du SRAS. Par conséquent, les principes qui sous-tendent ce qui a été appris demeurent valides.

Au cours de l'éclosion du SRAS, la rupture des communications liée aux restrictions des visites a causé de l'anxiété supplémentaire. Le Comité d'experts a déjà exploré ces difficultés de communication et les variations dans l'application des restrictions des visites d'un centre à l'autre qui ont contribué à l'anxiété des patients, des familles et des travailleurs de la santé. Dans le présent rapport final, le Comité d'experts désire surtout encourager le ministère, à partir des leçons apprises, à travailler avec le secteur de la santé à élaborer ou à disséminer des modèles de politique concernant les restrictions des visites. Ces politiques devraient tenir compte de la nature des restrictions et de leur lien avec le niveau de risque, de même que des mesures d'atténuation que les établissements devraient appliquer. Le Comité d'experts accorde une importance particulière à la nécessité de [traduction] « tenir compte, dans la mesure du possible, des avantages des visites pour certains groupes de patients (par ex., les malades en phase terminale, en danger de mort imminente ou en phase critique, les patients pédiatriques, les patientes en couches) ou pour les êtres chers ainsi que des torts associés aux restrictions sévères des visites[16] ».

4. Communication à l'échelon local

Dans notre rapport préliminaire, les recommandations étaient axées sur la nécessité de mettre en place une infrastructure suffisante pour assurer une

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

meilleure communication au cours d'une urgence de santé, en particulier avec les fournisseurs de soins de santé. Nous voulions nous assurer que la capacité à communiquer avec le système de santé dans son ensemble soit en place et que les stratégies provinciales de prise en charge du risque en santé publique et de communication de crise préparent convenablement la province à la prochaine urgence de santé publique. Dans le premier chapitre du présent rapport, nous présentons une description du rôle des communications entre les fournisseurs de soins de santé au sein de l'agence ainsi qu'un point de référence pour les aptitudes qui devraient être en place au niveau de l'agence aux fins de la communication des risques.

Depuis la publication de son rapport préliminaire, le Comité d'experts a engagé d'autres discussions avec les communicateurs de la santé pour mieux comprendre quels sont les mécanismes de communication essentiels nécessaires à la satisfaction des besoins.

Dans notre rapport préliminaire, nous avons aussi recommandé des améliorations notables à la capacité locale en santé publique. Depuis, le Comité d'experts a appris que, pour diverses raisons, les bureaux de santé publique éprouvent des difficultés à maintenir une capacité de communication de base à l'échelon local. Les tentatives d'intégrer les communications en santé publique dans une infrastructure régionale drainent dans certains cas les ressources en communications dont disposent les bureaux de santé publique locaux, et c'est avec une certaine inquiétude que nous relevons le risque de dilution de leur capacité de communication. Combinée aux changements des priorités à l'échelon municipal, cette dilution pourrait compromettre l'aptitude d'un bureau de santé publique à répondre aux besoins locaux en santé publique et à fournir l'information en temps opportun, en particulier au public et aux praticiens locaux de la santé.

Le Comité d'experts soutient fortement l'idée selon laquelle il est nécessaire d'avoir une capacité efficace à l'échelon local pour élaborer des stratégies de communication et traiter les problèmes locaux de santé publique, mais il pense aussi que la capacité peut être mieux coordonnée et appuyée au niveau provincial. Les bureaux de santé publique ont besoin de ressources locales de communication des risques en santé publique et de communication en cas de crise, ainsi que du soutien de l'agence si les besoins dépasse la capacité des bureaux. Cela illustre aussi la nécessité de faire participer activement le personnel de communication à la planification des urgences en tirant parti des ressources communautaires et d'affecter des ressources spécialisées en communication pour adapter les plans provinciaux aux besoins locaux.

Pour atteindre une efficacité maximale, les bureaux de santé publique locaux doivent aussi conserver une certaine indépendance dans

l'établissement des priorités pour l'allocation de leurs ressources en communication en rapport avec les stratégies, les initiatives et la formation. Chaque bureau de santé publique devra aussi traiter des questions d'ordre culturel, linguistique ou autres propres à chaque population. Quelle que soit l'ampleur du soutien central, il ne change rien à la nécessité d'établir une capacité de communication en santé publique efficace à l'échelle locale.

Le Comité d'experts encourage aussi les bureaux de santé publique locaux à s'assurer que le personnel des communications soit formé en communication des risques en santé publique et de crise de même qu'aux relations avec les médias. À l'avenir, une partie du soutien central pourrait être assurée par l'agence proposée.

Étant donné le rôle des bureaux de santé publique locaux et leur relation avec l'agence ainsi que le niveau d'activité prévu, en particulier en ce qui a trait à la dissémination de l'information, chaque bureau de santé publique devra aussi avoir suffisamment de personnel des communications pour traiter efficacement ce flot d'information. Au chapitre un, nous soulignons la diversité des réseaux d'information sur la santé, des systèmes d'alerte, des ressources disséminées et des autres renseignements. Peu importe à quel point l'agence est bien structurée, l'efficacité de ses activités de communication sera compromise en l'absence des liens de communication nécessaires à l'échelon local, c'est-à-dire sans le personnel de communication et l'infrastructure de soutien.

Étant donné que les bureaux de santé publique locaux peuvent souvent être les premiers à réagir en cas d'éclosion de maladie infectieuse, ce que l'éclosion du SRAS a permis de mettre en lumière, il est essentiel que ceux-ci disposent de moyens de communication de base afin d'intervenir efficacement. C'est pourquoi le Comité d'experts conseille d'inclure la communication des risques en santé publique à titre de compétences et de service essentiels lors de la révision prévue des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires*.

L'ampleur avec laquelle les Ontariennes et Ontariens, notamment les praticiens de la santé, se sont appuyés sur les médias pour s'informer au cours de l'éclosion du SRAS a été marquante. Par conséquent, il est nécessaire que les bureaux de santé publique intègrent les relations avec les médias dans leur capacité de communication de base.

En résumé, nous croyons que les bureaux de santé publique locaux doivent disposer de ressources suffisantes pour :

- mettre en œuvre des stratégies de communication des risques en santé publique à l'échelon local;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- élaborer des ressources et des renseignements sur les questions de santé locale (au besoin);
- entreprendre des activités de planification d'urgence aux échelons provincial (au besoin) et local;
- participer à des initiatives provinciales de réseautage et les lancer localement;
- mettre en œuvre des mécanismes, comme la traduction de documents, pour rejoindre toutes les populations locales et difficiles d'accès (en fonction des besoins locaux et en coordination avec l'agence, quand un soutien technique spécialisé peut être nécessaire).

A. Réseautage aux échelons provincial et local

On a fait prendre conscience au Comité d'experts l'importance de favoriser le réseautage parmi les communicateurs de la santé. Dans le chapitre un du présent rapport, nous avons discuté du fait qu'il est nécessaire que l'agence fournisse une infrastructure permettant le réseautage chez les communicateurs de tous les secteurs du système de santé. Nous avons aussi recommandé la création d'un réseau de communication des risques provincial.

Ces efforts joueront un rôle essentiel dans la création de forums et d'occasions pour les communicateurs de discuter de questions d'intérêt commun et, au besoin, d'élaborer des protocoles de communication dans le cadre des efforts communs de planification d'urgence. Ces réseaux susciteront des occasions de partager des pratiques de communication efficaces et de planifier les urgences de santé à l'échelon local d'une manière collaborative. Le rôle des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections pourrait consister, en partie, à favoriser l'établissement de tels liens aux échelons local et régional.

Le Comité d'experts encourage la participation des médias à ces initiatives de réseautage, chaque fois que cela est possible et approprié, à titre de mécanisme visant à mieux lier les besoins du réseau dans son ensemble aux attentes et à l'intérêt des médias locaux. À plus long terme, cela permettrait de mettre en place des lignes de communication plus claires.

B. Partage des stratégies efficaces entre les organismes de santé

Au cours de l'éclosion du SRAS, beaucoup d'organismes ont élaboré des stratégies pour informer les membres de leur personnel concernant l'incidence de cette maladie sur l'organisme et pour répondre à leurs questions et à leurs préoccupations. Bon nombre de ces initiatives ont servi de véhicule essentiel pour l'interprétation et la diffusion des directives du ministère, de même que leurs répercussions pour les organismes et leur personnel.

Le Comité d'experts a entendu parler d'un grand nombre de véhicules et d'approches de communication qui ont été institués au cours de l'éclosion du SRAS par l'entremise de notre processus d'appel de propositions à l'automne 2003. Nous nous souvenons des nombreux organismes qui nous ont fait connaître les pratiques de communication qui ont fonctionné au cours de l'éclosion du SRAS. Ceci dit, il semble aussi y avoir eu des différences très marquées quant à l'ampleur et à l'efficacité des communications locales.

De nombreux organismes ont créé des ressources en ligne qui permettaient de rendre l'information disponible en temps opportun pour les membres de leur personnel qui, dans certains cas, étaient répartis dans plusieurs centres. Dans un hôpital de la RGT, l'organisme a tenu des forums quotidiens et a utilisé largement la vidéoconférence pour s'assurer que le personnel de première ligne et les cliniciens reçoivent de leur centre de commandement des renseignements et des directives fondés sur ceux du Centre provincial des opérations. Afin de suivre l'évolution rapide des renseignements, on a souvent tenu les forums plus fréquemment. L'organisme a aussi utilisé les forums pour [traduction] « faire participer les personnes œuvrant sur le terrain qui sont les plus compétentes en résolution de problème afin de « traiter » les changements dictés par les directives strictes de lutte contre l'infection ». Ils ont fourni des occasions de recueillir en temps réel des commentaires et des discussions sur des questions qui nécessitaient une action immédiate. Dans une région, plusieurs Centres d'accès aux soins communautaires ont tissé un solide réseau de communication qui leur a permis de partager renseignements et lignes directrices. On a mentionné que cet effort a été d'une grande utilité.

Dans notre rapport préliminaire, nous avons souligné l'initiative du service de santé publique de Toronto (SSPT) qui a créé une ligne de téléassistance sur le SRAS à l'intention des citoyens de Toronto, laquelle offrait des services d'éducation en santé, de consultation, de recherche de cas et de contacts, de reconnaissance et de suivi des problèmes émergents ainsi que de saisie et de transmission de l'information entre la communauté et le SSPT. Bien qu'il ait connu sa part de difficultés, le service a reçu plus de 300 000 appels en tout (jusqu'à 47 567 par jour). « On a mis à profit les aptitudes linguistiques diversifiées des membres du personnel du service et on a utilisé les services de traduction d'AT&T pour surmonter plusieurs obstacles linguistiques. Le service de téléassistance était ouvert sept jours sur sept, de 8 h 30 à 23 h. Parmi les autres méthodes de communication avec le public, mentionnons les feuilles de renseignements pour divers auditoires, les directives de quarantaine pour les groupes touchés et les documents imprimés et diffusés en ligne traduits en quatre langues, des séances de formation des formateurs pour les agences communautaires, des lettres types pour les planificateurs de conférences et des activités de proximité (assemblées communautaires locales, etc.) pour résoudre les problèmes de risques pour la santé et de discrimination raciale ».

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Le Comité d'experts souhaite tirer parti des leçons apprises par les organismes de santé en encourageant le partage des meilleures pratiques dans le domaine des communications. Nous souhaitons aussi être informés grâce aux évaluations entreprises par plusieurs organismes dans le but d'examiner leur réaction face à l'éclosion du SRAS et pour mieux appuyer leur préparation à une urgence de santé future ou à un autre événement susceptible de perturber leurs services.

Tom Talks est un système de communication interne à l'intention des membres du personnel du Réseau universitaire de santé (RUS). L'évaluation de la réaction au SRAS qui a été entreprise par le RUS a montré que *Tom Talks* était de loin la source de renseignements la plus populaire parmi les membres du personnel du RUS (plus populaire encore que les sources externes comme les médias) : [traduction] « Le nombre de personnes qui consultaient « toujours » *Tom Talks*, correspond à 69 % des effectifs, soit un peu moins du double que les trois catégories suivantes : le gestionnaire/superviseur (36 %), le courrier électronique (35 %) et l'intranet du RUS (33 %). Cela révèle l'énorme succès de cet outil de communication auprès des membres du personnel[17] ». Cela montre aussi l'importance du leadership, de l'aptitude à réagir, de la visibilité et de l'accès aux membres du personnel en cas d'urgence.

« *Tom Talks* est l'outil de communication du Réseau universitaire de santé qui permet à Tom Closson, le président et chef de la direction, de traiter directement toutes les questions qui sont pertinentes pour l'organisme dans un courriel envoyé par Closson à tous ceux qui ont un compte de courrier électronique au RUS (soit environ 7 000 utilisateurs) chaque fois qu'il y a un problème qui touche la plupart des gens au RUS. Après distribution, il est affiché sur l'intranet du RUS puis paraît sous forme imprimée dans la circulaire hebdomadaire. Le courriel porte sur un sujet particulier et d'actualité et est rédigé dans un style familier.

Tom Talks est associé à la zone *Tom Listens* de l'intranet, que le personnel utilise pour envoyer des courriels à Tom. Tom répond à tous les courriels, bien que la réponse indique souvent à qui le courriel a été acheminé afin que la personne concernée au RUS puisse assumer la responsabilité du suivi. *Tom Talks/Tom Listens* a été mis en place quand Tom est arrivé au RUS et était déjà établi comme source d'information fiable et pertinente avant l'éclosion du SRAS. Il s'est révélé d'un secours très précieux au cours de l'éclosion du SRAS et, durant cette période, il a aussi été affiché sur le site externe afin que les employés à leur domicile, les patients et les autres sachent ce qui se passait au RUS.

Le département des relations publiques et des communications travaille avec Tom pour s'assurer que Tom Talks et Tom Listens soient des outils précis, à jour, pertinents et rédigés sur le ton de la conversation. Mais en fin de compte, c'est le courriel de Tom et sa responsabilité. »

Présenté au comité d'experts, par Gillian Howard, vice-présidente, Public Affairs and Communication, Réseau universitaire de santé. Courriel. 17 mars 2004.

Dans la même évaluation, seulement 23 % du personnel utilisait « toujours » les médias comme source d'information. Il convient de noter qu'au cours de la première phase de notre travail, beaucoup de travailleurs de la santé ont signalé qu'ils ont souvent reçu la plus grande partie de l'information, y compris les mises à jour quotidiennes, par l'entremise des médias. Le Comité d'experts croit que les organismes qui ont été en mesure de répondre efficacement et en temps opportun aux besoins en matière d'information de leur personnel étaient vraisemblablement leur principale source d'information au cours de l'urgence de santé, situation qui a été d'autant plus déterminante afin de rassurer leurs membres du personnel quant au degré de préparation face aux éclosions.

Le Comité d'experts félicite les organismes de santé dont le leadership en communication a bien servi les cliniciens, les fournisseurs de soins et le personnel qui travaille dans les divers organismes. Dans le rapport préliminaire, nous avons souligné les nombreux écarts constatés sur le plan de l'efficacité des communications hospitalières. Nous avons également fait état des préoccupations exprimées dans nombre d'entrevues et d'observations sur la faiblesse des communications internes dans les établissements. Par souci d'équilibre, nous souhaitons souligner l'un des nombreux efforts, *Tom Talks*, en l'occurrence, qui se sont avérés hautement efficaces.

La leçon qu'on en tire est claire : peu importe la force du soutien central apporté par l'agence ou le ministère, il est indispensable que les organismes de santé mettent en place des mécanismes et des systèmes qui permettent au personnel d'avoir accès à l'information la plus récente en temps de crise et d'obtenir des réponses à leurs questions. L'agence ne constitue pas un substitut à l'organisation efficace de la capacité interne.

5. Mesures de quarantaine

Dans le cadre de la réaction de la province au SRAS, alors que l'on savait peu de choses de la maladie et de son mode de propagation, des mesures de quarantaine ont été appliquées à grande échelle pour tenter d'enrayer la propagation de l'infection. Sur l'ordre des responsables de la santé publique, les personnes qui risquaient d'avoir été exposées au SRAS devaient demeurer en quarantaine pendant dix jours.

En général, le respect des mesures de quarantaine par le public et les fournisseurs de soins de santé a été remarquable. Bien que l'on discute encore de l'ampleur de la quarantaine, on en a reconnu la nécessité au cours de l'épidémie pour circonscrire la maladie.

La quarantaine a aussi permis de reconnaître divers domaines qui nécessitaient un examen plus approfondi. Nous aimerions tout

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

particulièrement attirer l'attention du ministère sur les domaines de la communication et du soutien physique et affectif. Pour se préparer à de futures éclosions, interruptions de service et urgences de santé, il faut examiner ces domaines de soutien clés sur les plans individuel, local et provincial.

Pour de nombreuses personnes, la quarantaine a entraîné beaucoup d'anxiété et d'isolement social. Des patients et des familles ont subi les effets émotionnels pénibles du rejet et de l'ostracisme tout au long de leur expérience du SRAS et depuis celle-ci. La quarantaine a touché tous les aspects de leur vie, c'est-à-dire la vie familiale, professionnelle (aspect ayant souvent une incidence économique) et sociale.

Bien que l'expérience de la quarantaine ait varié d'une personne à l'autre, les personnes interviewées se sont entendues sur le besoin d'une meilleure communication. Nombreux sont ceux qui ont souligné la nécessité de fournir plus rapidement de meilleurs renseignements sur les lignes directrices régissant la quarantaine et leurs liens avec les activités quotidiennes et l'exposition des personnes et de leur famille.

L'isolement associé à la quarantaine était beaucoup plus prononcé pour les personnes qui ne disposaient d'aucun soutien personnel ou professionnel. Le Comité d'experts a appris que des familles et des personnes ont reçu un soutien à divers degrés, notamment à ce qui a trait à l'information, à la livraison des repas et des médicaments et à la surveillance. Cela n'est guère surprenant, compte tenu du nombre de personnes qu'on a dû mettre en quarantaine. Chez les fournisseurs de santé, il y avait des lacunes manifestes quant aux mesures mises en place pour appuyer le personnel en quarantaine au sein des organismes. Certains organismes ont mis en place un nombre important de mécanismes de soutien pour les membres du personnel touchés, tandis que d'autres ont fait beaucoup moins. Les personnes en quarantaine n'avaient pas toujours accès aux services les plus essentiels comme l'achat de nourriture et la livraison de médicaments. Le Comité d'experts encourage le ministère à se pencher en particulier sur la question du soutien physique et affectif dans le cadre de ses efforts actuels de préparation contre les éclosions de maladie infectieuse ou d'autres situations d'urgence semblables.

Bien que l'on ait rarement eu recours à la quarantaine depuis de nombreuses années avant l'éclosion du SRAS, il importe de déterminer quels mécanismes de soutien connexe ou d'indemnisation financière sont appropriés. Les opinions divergent à ce sujet. L'Ontario a choisi d'offrir un soutien financier reconnaissant le préjudice associé à la perte de salaire et réduisant les obstacles empêchant les personnes de demeurer en isolation. Sans l'assurance d'obtenir une aide fédérale, le Comité d'experts se

demande dans quelle mesure une plus petite collectivité publique accepterait d'offrir une aide financière. Cela soulève la question plus vaste de la nécessité de mettre à jour et de clarifier la façon dont le financement du soutien en cas d'urgence de santé devrait circuler du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires. Pour le Comité d'experts, les Accords d'aide financière en cas de catastrophe (AAFCC) sont un véhicule très important lorsqu'ils sont appliqués aux urgences sanitaires; la question la plus importante à ce sujet est l'uniformité de l'approche visant à créer des mécanismes d'indemnisation et de secours aux sinistrés en cas d'urgence sanitaire.

Ressources humaine du domaine de la santé

1. Capacité et viabilité

Dans son rapport préliminaire, le Comité d'experts a soulevé une série de questions liées à la capacité et à la viabilité de la main d'œuvre du domaine de la santé de l'Ontario. Il a entre autres fait des recommandations au sujet de l'appui du ministère à l'augmentation de l'embauche de professionnels de la santé clés, dont les médecins, les infirmières et les inhalothérapeutes, et du besoin d'augmenter les possibilités de formation en épidémiologie, en microbiologie médicale, en santé et sécurité au travail, en médecine communautaire, en soins intensifs, en urgentologie et en santé publique. Nous avons fait des recommandations supplémentaires concernant des pénuries de personnel dans des domaines précis comme la microbiologie médicale et la santé et sécurité au travail, de même que le soutien psychologique et l'indemnisation.

Depuis, nous avons entrepris d'autres recherches sur les causes du recours aux travailleurs occasionnels et sur les mécanismes permettant d'y remédier[18]. Bien que nous nous soyons beaucoup appuyés sur des statistiques relatives aux soins infirmiers, nous avons tiré des conclusions qui peuvent selon nous s'appliquer, par extrapolation, plus généralement à plusieurs autres professions comme l'inhalothérapie, l'ergothérapie et la physiothérapie.

[Traduction] « Les faiblesses actuelles en matière de main d'œuvre ont pour origine une idéologie de la dotation en personnel qui n'a pas évolué depuis l'époque de la restructuration des années 1990, où les employeurs utilisaient des stratégies comme la réaffectation, les licenciements et le recours aux travailleurs occasionnels pour tenter de rentabiliser le système de santé. Paradoxalement, ces stratégies ont contribué à rendre la main d'œuvre dysfonctionnelle en raison d'une trop grande dépendance à l'égard des employés occasionnels. De nos jours, le travail occasionnel et les

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

emplois multiples existent encore dans la main d'œuvre de la santé. Les décideurs continuent d'utiliser une stratégie de dotation consistant à « faire plus avec moins » et selon laquelle la charge de travail n'est pas constamment lourde et varierait entre les pôles « relativement légère » et « lourde ». Cette stratégie donne un système caractérisé par un manque chronique de personnel, un taux d'absentéisme élevé et un fort recours aux heures supplémentaires. Il n'y a aucune capacité d'appoint permettant de faire face aux pics des besoins en matière de soins aux patients. Il existe un besoin urgent de modèles plus réalistes pour décrire et prédire la dotation optimale qui offrirait au système suffisamment de souplesse pour faire face tant aux « affaires courantes » qu'aux situations d'urgence. Le taux d'emploi à plein temps dans le secteur des soins actifs a augmenté. Cependant, on note encore une trop forte dépendance à l'égard du personnel provenant des agences et des travailleurs occasionnels. La proportion d'employés occasionnels et à temps partiel est très forte dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile[19]. »

Le Comité d'experts a reconnu dans son rapport préliminaire qu'il faut favoriser la stabilité de la main d'œuvre en augmentant le plus possible le recours aux employés à plein temps et en diminuant le nombre d'emplois occasionnels. Nous avons recommandé que 70 % des postes soient occupés par des employés à temps plein. Le Comité d'experts admet que les cycles de surplus et de pénurie et les périodes de recours au personnel occasionnel sont caractéristiques des soins infirmiers. Cependant, en étudiant plus à fond la question du recours aux travailleurs occasionnels, nous avons aussi appris ce qui suit[20] (données de 2003) :

- Dans la RGT, 22,4 % des infirmières, dont 24,7 % des IA à temps partiel et 41,9 % des IA occasionnelles occupaient plusieurs emplois.
- Un peu plus de 11 % des infirmières en Ontario et 16,8 % des infirmières à Toronto qui ont des emplois à plein temps occupent aussi un second emploi.
- Dans les agences sans but lucratif de soins de longue durée et de soins à domicile, 66 % des infirmières occupent un emploi à temps partiel et cette proportion passe à 90 % dans les agences à but lucratif de soins à domicile.
- Conséquence des directives du ministère obligeant les travailleurs à travailler dans un seul établissement au cours de l'éclosion du SRAS, de 20 à 30 % des infirmières du secteur des soins à domicile sont passées aux hôpitaux de soins intensifs.

Grâce à ces recherches supplémentaires, on a élaboré un certain nombre de stratégies pouvant être appliquées pour atténuer certains des effets négatifs du travail occasionnel qui ont été perçus, comme le manque du

suivi des soins et une capacité d'appoint insuffisante au sein des organismes. En voici quelques-unes :

- Créer une équipe de ressources centralisée et intégrée ou un groupe de « travailleurs volants » composé d'employés à plein temps.
- Offrir une formation mutuelle pour ménager une capacité d'appoint adéquate en cas d'urgence. Ceci pourrait s'étendre à la création d'équipes de ressources spécialisées qui comprendraient un praticien de la lutte contre les infections et seraient adaptées aux besoins particuliers des établissements.
- Créer des algorithmes pour l'affectation des ressources humaines dans le cadre de la planification d'urgence.
- Accroître la dotation en personnel de base afin qu'elle satisfasse aux besoins prévus plutôt qu'aux exigences minimales. Cette mesure devrait être associée à une planification des ressources humaines reposant sur des évaluations fiables du coût des stratégies de dotation en personnel.
- Créer des bases de données sur la main d'œuvre qui pourraient servir à la planification et aux prévisions.

L'Ontario a besoin d'une main d'œuvre en bonne santé, cependant notre système actuel est caractérisé par de forts taux d'absentéisme et d'heures supplémentaires. Le système est aussi caractérisé par un nombre d'employés insuffisant pour satisfaire aux besoins en matière de capacité d'appoint et une aptitude limitée à intervenir en temps de crise sans que d'autres organismes ou agences de services ne subissent des répercussions indirectes. Il y va de notre intérêt collectif d'élaborer un système de santé ayant la flexibilité nécessaire pour répondre à la demande habituelle *et* soudaine et inhabituelle.

Nous répétons les conclusions et recommandations de notre rapport précédent concernant la nécessité d'établir des effectifs de base suffisants et un financement stable sur plusieurs années qui pourrait aider le système à atteindre ses objectifs : augmenter le nombre de postes à plein temps, tout en réduisant la dépendance à l'égard des heures supplémentaires et des travailleurs occasionnels.

Nous encourageons aussi les organismes à promouvoir d'autres approches fondées sur le travail en équipe en matière de soins et sur le temps d'intervention en cas d'urgence. D'après les renseignements obtenus à ce jour, il semble évident qu'incorporer officiellement l'expertise des praticiens de la lutte contre les infections dans une équipe élargie œuvrant dans les établissements multipliera les occasions de formation mutuelle.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Depuis la rédaction du rapport préliminaire, le Comité d'experts a entendu dire que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités ont travaillé avec les principaux intervenants afin d'augmenter les débouchés pour les diplômés en médecine internationaux qui désirent pratiquer en Ontario. Nous encourageons les deux ministères à continuer d'appuyer les diplômés en médecine internationaux qualifiés en supprimant les obstacles à l'enregistrement afin d'accélérer le plus possible le traitement des dossiers des professionnels formés convenablement. Nous les félicitons aussi pour les efforts réalisés à ce jour afin de multiplier les débouchés pour les diplômés internationaux en médecine en faisant passer le nombre de places en Ontario de 100 à 200 annuellement, ce qui favorise l'augmentation des ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario. De plus, le ministère doit veiller à ce que la province forme assez de diplômés en santé pour s'assurer de disposer à l'avenir d'une main d'œuvre suffisante plutôt que de dépendre uniquement du recrutement à l'étranger dans un contexte de pénurie croissante de fournisseurs de soins de santé à l'échelle mondiale.

2. Santé et sécurité au travail

Nous avons également souligné dans notre rapport préliminaire la nécessité de sensibiliser davantage les employés en matière de santé et sécurité au travail et de créer des mécanismes pour augmenter la sécurité professionnelle dans le milieu de la santé[21].

Nous avons continué à examiner cette question en réunissant un certain nombre de professionnels de la santé et sécurité au travail et de la lutte contre les infections, afin d'apprendre comment les deux groupes ont réussi à interagir au cours de l'éclosion du SRAS et quels changements essentiels les organismes eux-mêmes pourraient apporter pour améliorer le lien entre ces deux groupes de professionnels.

Nous avons appris sans grande surprise que le soutien au personnel variait considérablement d'un établissement à l'autre. Dans certains établissements, il n'y avait guère de suivi pour le personnel en quarantaine. Dans un autre établissement, la nourriture et les médicaments étaient livrés régulièrement au personnel en quarantaine. La plupart des établissements semblent avoir continué de verser au personnel en quarantaine leur plein salaire.

On a soutenu que le personnel devrait être formé gérer les risques, à titre de moyen de fournir un soutien proactif et de développer la confiance. Cette formation devrait être liée à une planification efficace des catastrophes et des urgences. L'information contenue dans un plan de

mesures d'urgence en cas de catastrophe doit être communiquée de façon claire et les employés doivent y avoir accès rapidement en tout temps. Par ailleurs, les employés devraient suivre régulièrement, que ce soit en ligne ou en classe, des cours obligatoires sur la planification des catastrophes et des situations d'urgence. Cette formation pourrait être liée à un processus d'agrément ou à un autre mécanisme de responsabilisation.

On nous a également suggéré que les services de santé et sécurité au travail pourraient servir de source d'information officielle sur la sécurité pour les employés au cours d'une éclosion ou d'une urgence sanitaire dans le cadre de leurs activités de protection des travailleurs de la santé. Ce rôle serait déterminé en fonction des besoins des employés.

Il est aussi nécessaire d'offrir un soutien psychologique aux employés. Le Comité d'experts a pris note que les programmes d'aide aux employés qui existent à l'heure actuelle ne représentent pas une solution complète dans bien des cas et qu'il est nécessaire d'améliorer le soutien psychologique offert par les services de la santé et sécurité au travail à l'intention des travailleurs et de leurs parents, comme on l'a vu durant l'éclosion du SRAS et davantage par la suite. Ceux-ci pourraient reposer entre autres sur le recours aux services de psychiatrie internes et aux équipes d'intervention en cas de crise. Les employés devraient pouvoir utiliser le processus qui leur convient le mieux. De plus, les modèles de soutien envisagés devraient normaliser plutôt que déstabiliser l'expérience. Plus important encore, les employés devraient pouvoir utiliser le processus qui leur convient le mieux. Selon nos recommandations du rapport préliminaire, tout modèle devrait idéalement comprendre une composante psycho-éducative qui utilise et améliore les mécanismes existants qui permettent de faire face aux situations difficiles.

A. Devoir de prodiguer des soins

Le Comité d'experts reconnaît que tous les professionnels de la santé ont le devoir de soigner les patients et bon nombre d'entre eux ont été considérés comme des héros durant l'éclosion du SRAS. Le Comité d'experts a aussi appris qu'il faut éviter d'entretenir le mythe selon lequel les travailleurs de la santé *doivent* être des héros. Le Comité d'experts a commandé une analyse éthique sur les questions relatives au devoir de prodiguer des soins, laquelle offre une réflexion approfondie[22]. Le rapport décrit les circonstances qui ont fait courir aux professionnels de la santé un grand risque au cours des éclosions du SRAS, lequel menaçait non seulement leur propre bien-être mais aussi leurs parents, amis et collègues.

Le rapport décrit par ailleurs l'héroïsme dont beaucoup de professionnels de la santé de l'Ontario ont fait preuve au cours de l'éclosion du SRAS, par exemple en :

- faisant leur travail dans des circonstances exceptionnelles;
- faisant plus que leur devoir;
- risquant leur propre santé et leur propre bien-être, voire leur vie[23].

Cependant, « contrairement aux policiers et aux pompiers qui comprennent bien les dangers inhérents à leur travail, la plupart des travailleurs de la santé n'avaient pas jusque-là songé que la profession qu'ils avaient choisie pouvait les mener à la maladie et à la mort[24] ».

Les auteurs ont conclu que si les professionnels de la santé ont bel et bien le devoir de fournir des soins aux patients au cours d'une urgence de santé ou d'une épidémie, les employeurs ont quant à eux le devoir de protéger et d'appuyer leurs employés. Le devoir des employeurs consiste entre autres à fournir à leurs employés l'information dont ils ont besoin pour accomplir leur devoir de soigner ainsi que les ressources humaines nécessaires, de minimiser les risques pour la santé des fournisseurs, et d'aider les employés à faire leur travail de manière sécuritaire.

Le rapport souligne que « les lignes directrices et les politiques liées au devoir de prodiguer des soins doivent s'inspirer des expériences positives de certaines valeurs vécues au cours de l'éclosion du SRAS tout en évitant en même temps les résultats défavorables qui consistent à compromettre les valeurs ou à trop mettre l'accent sur celles-ci[25] ». Le rapport présente un exemple de politique du devoir de prodiguer des soins en cas d'urgence sanitaire inspiré de cette analyse[26]. Le Comité d'experts croit que cet exemple de politique pourrait être utile au ministère, aux travailleurs de la santé et aux employeurs du point de vue des questions soulevées, de l'analyse associée et de l'exemple de politique lui-même.

3. Étudiants

Notre rapport préliminaire a mis en lumière une série de questions sur les résidents et les étudiants ainsi que l'interruption de leur formation clinique au cours de l'éclosion du SRAS.

Le Comité d'experts félicite pour son travail le Comité consultatif en matière de stages cliniques, créé en juillet 2003. Le Comité d'experts encourage la dissémination et l'analyse du rapport intelligent et équilibré du comité et de ses recommandations[27].

Le Comité d'experts encourage aussi les établissements à se pencher sur l'arbre décisionnel proposé par le Comité dans le cadre de la préparation en

cas d'éclosion dans un établissement. La figure 2 est présentée à la fin du présent chapitre. Dans cet arbre décisionnel, on tente plus précisément de concilier succinctement l'aptitude des établissements à s'occuper des étudiants en temps de crise avec le besoin et le désir de beaucoup d'étudiants en médecine d'apprendre par l'expérience dans un établissement de santé, même dans une situation d'urgence. L'approche suggérée par le Comité d'experts est une tentative prudente de lier l'évaluation du risque et le besoin et de guider les décisions en matière d'affectation. Les principes de base qui sous-tendent cet outil peuvent manifestement être appliqués dans des épidémies localisées survenant dans un établissement en particulier ainsi que dans des situations d'urgence de santé plus généralisées.

Enfin, à titre de prolongement des recommandations faites dans notre rapport préliminaire, nous encourageons le ministère à s'assurer que les protocoles nécessaires sont en place pour communiquer avec les institutions d'enseignement afin que l'information soit disséminée en temps opportun aux étudiants au cours d'une épidémie ou d'une urgence de santé.

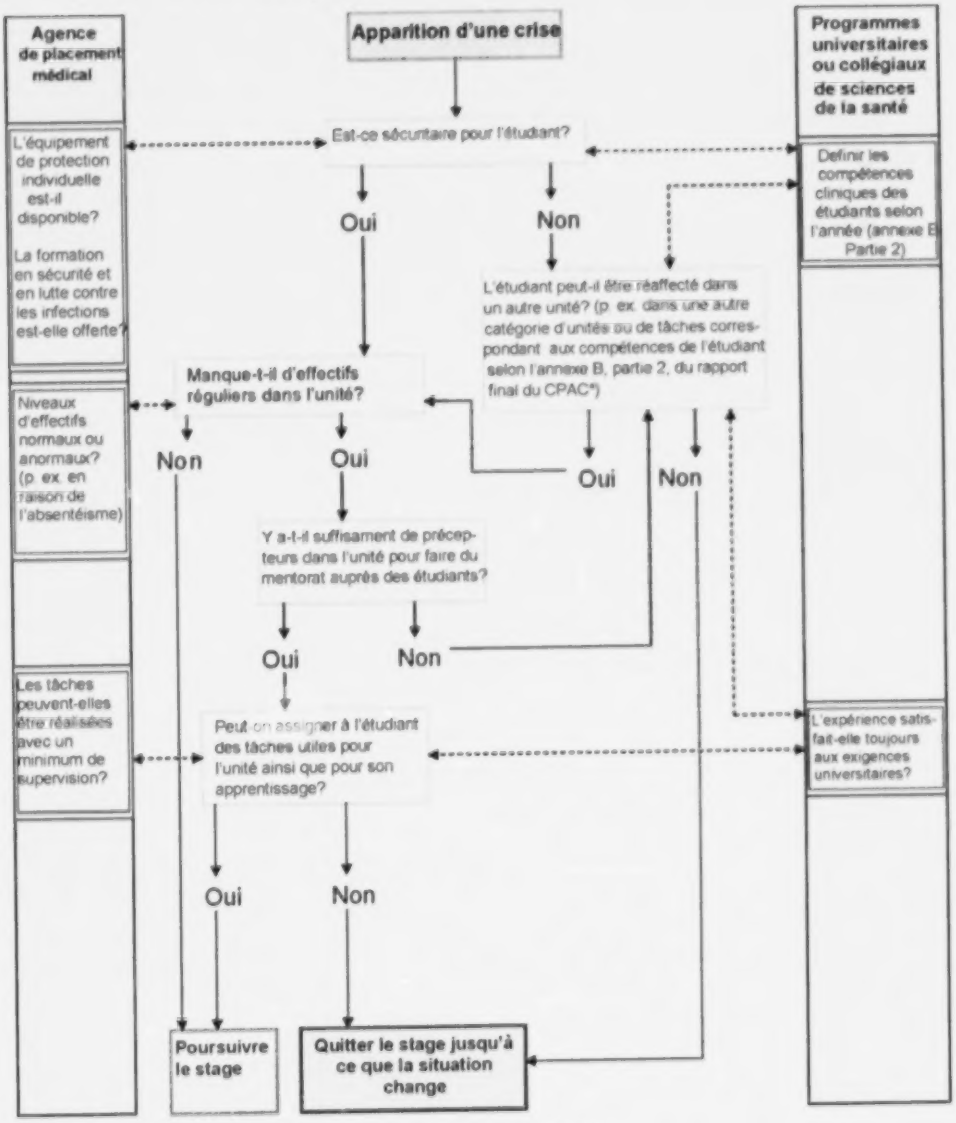
Figure 1 : Exemple de politique des visites en cas d'urgence de santé publique

Catégories de patients	Nombre de visiteurs	Durée de la visite	Exceptions à la politique
Le patient est-il en phase terminale ou en danger de mort imminente?	Famille immédiate ou êtres chers*	Illimitée	1. Si le patient présente un faible risque de contagion, on peut autoriser les visites d'autres membres de la famille et d'amis sur une base limitée**.
Le patient est-il en phase critique (c'est-à-dire dans une unité de soins intensifs)?	Famille immédiate ou êtres chers*	Selon la politique de l'unité des soins intensifs	1. Si le patient présente un faible risque de contagion, on peut autoriser les visites d'autres membres de la famille et d'amis sur une base limitée**.
Le patient est-il un patient pédiatrique?	Parents	Illimitée	1. Si le patient présente un faible risque de contagion et si la durée du séjour est de plus de deux semaines, on peut autoriser les visites d'autres membres de la famille (frères et sœurs par exemple) et d'amis sur une base limitée**.
La patiente est-elle en couches ou en post-partum?	Partenaire ou être cher*	Illimitée	1. Aucune.
Le patient subit-il une intervention ou un traitement d'importance (par exemple, opération à cœur ouvert, chimiothérapie, cathétérisation cardiaque)?	Partenaire ou être cher*	Limitée à 2 heures avant l'intervention, à la durée de l'intervention ou du traitement et aux 2 heures qui le suivent	1. Si le patient présente un faible risque de contagion et si la durée du séjour est de plus de deux semaines, on peut autoriser les visites du partenaire ou d'un être cher sur une base limitée**.
Le patient reçoit-il des soins de longue durée?	Partenaire ou être cher*	Limitée à un maximum de 2 heures par semaine, à une heure choisie par l'hôpital ou l'unité	1. Aucune.
L'aptitude du patient à comprendre ce qui arrive est-elle limitée par une barrière linguistique ou d'autres obstacles à la communication ou par l'affaiblissement de ses capacités?	Partenaire ou être cher*	Limitée à un maximum de 2 heures par semaine, à une heure choisie par l'hôpital ou l'unité	1. Aucune.
Tous les autres patients	Pas de visiteurs		1. Si le patient présente un faible risque de contagion et si la durée du séjour est de plus de deux semaines, on peut autoriser les visites du partenaire ou d'un être cher sur une base limitée**.

Source : Markwell, Godkin. *Visitor restrictions during a public health emergency; ethical issues and guidelines for policy development*, 2004.

* tel que défini par le patient ou son fondé de pouvoir s'il y a lieu; si le patient ou le fondé de pouvoir est mal à l'aise à l'idée de dire à ses parents et amis que leur droit de visite est restreint, cette responsabilité devrait échoir au fournisseur de soins de santé approprié de l'établissement.
**base limitée : 2 heures par semaine, à une heure choisie par l'hôpital ou l'unité.

Figure 2 : Arbre décisionnel : Gestion du placement clinique des étudiants en cas d'épidémie



Source : * *Clinical Placement Advisory Committee* (CPAC), 2004

Recommandations

Incidence sur le système de santé

63. Le ministère doit être encouragé à formaliser les évaluations post-événement à l'aide de données complètes sur le système et les services de santé pour affiner de façon continuelle :

    a. les approches provinciale et locale en matière d'éclosions et d'urgences de santé;

    b. les approches de rétablissement du système basé sur les faits scientifiques et cliniques portant sur les résultats des traitements prodigués aux patients et sur l'accès aux services de santé, p. ex., le rétablissement des institutions de soins de santé pour qu'elles fonctionnent comme avant l'événement.

Soins intensifs

64. Le ministère doit élaborer une approche factuelle améliorée pour mesurer et surveiller la capacité d'appoint de même que pour assurer un accès aux ressources de soins intensifs de l'Ontario tant en période de demande soudaine et inattendue qu'en période de demande normale.

Politique de visite

65. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, la *Ontario Long Term Care Association*, la *Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors* et d'autres associations, doit établir des lignes directrices pour l'élaboration de politiques concernant la restriction des visites pendant une interruption significative du service ou une urgence de santé publique. L'exemple de politique de visite inclus dans ce rapport peut être utilisé pour éclairer ce processus. Les politiques élaborées doivent prendre en compte l'importance du soutien social et doivent permettre de distinguer les visites de l'accès aux membres importants de la famille, car ces derniers jouent un rôle dans la prestation des soins aux patients. Des mécanismes permettant de composer avec les situations personnelles particulières doivent être prévus.

66. Le ministère, en collaboration avec les associations concernées, doit promouvoir la diffusion de renseignements clairs et cohérents concernant les restrictions du droit de visite en vigueur et s'assurer que les raisons de ces restrictions sont rendues publiques par des moyens appropriés.

Quarantaine

67. Les représentants de la santé publique doivent s'assurer que, durant toute période de quarantaine, quelle qu'en soit l'étendue, il existe une communication bidirectionnelle formelle et régulière entre les bureaux de santé publique et les particuliers et familles mis en quarantaine.

68. Le gouvernement de l'Ontario, dans le cadre d'une collaboration avec le gouvernement fédéral sur le soutien financier en cas d'urgence de santé publique, doit élaborer des politiques portant sur l'indemnisation adéquate des particuliers mis en quarantaine.

Communications

70. Un réseau d'alerte sanitaire doit être créé dans le cadre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario pour diffuser différents types de messages sur la santé (alerte, conseil, actualités) aux intervenants clés, sur la base de protocoles faisant l'objet d'un accord préalable. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario met en œuvre ce réseau d'alerte sanitaire à la demande du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit d'un moyen pour soutenir l'intervention en cas de situation de crise et d'urgence ainsi que la capacité d'intervention aux échelons local et provincial.

73. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit apporter soutien et conseils en matière de communication des risques au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, aux bureaux de santé publique et à d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé locaux, notamment les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Pour cela, l'agence doit :

- appuyer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en lui apportant des conseils techniques et scientifiques portant sur des sujets et des enjeux précis ainsi qu'en matière de communication des risques en général;

- créer et entretenir un réseau de communication des risques ayant pour objectif d'améliorer la capacité, tant au niveau sanitaire qu'à celui de la communication, des praticiens pour qu'ils puissent entreprendre et évaluer les activités de communication des risques.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

77. Le ministère doit s'assurer que chaque bureau de santé publique maintient une capacité de communication de base qui comprend :

    a. la communication des risques de santé publique;

    b. la communication des risques en situation d'urgence sanitaire, dans le cadre de la planification globale des mesures d'urgence;

    c. la production et la diffusion des documents sur la santé publique;

    d. la traduction, en fonction des besoins locaux et coordonnée avec l'agence;

    e. la participation des communicateurs de santé à des occasions de travail en réseau local et provincial, comme un réseau de communication des risques;

    f. les relations avec les médias.

78. Les bureaux de santé publique doivent également être soutenus adéquatement de façon à élaborer des processus et des mécanismes à l'échelon local pour mettre en réseau l'information et partager celle-ci avec les autres agents de communication de la santé.

81. Un processus continu doit être créé pour communiquer les renseignements aux intervenants, notamment ceux qui ont trait à la surveillance et à l'épidémiologie, à la recherche, aux meilleures pratiques, etc. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit élaborer et soutenir un Système ontarien d'information sur la santé publique pour permettre ce partage des renseignements. Ce système a pour objectif de fournir un portail spécifique d'accès aux renseignements épidémiologiques et de surveillance, comportant des analyses et de l'information relative aux tendances (notamment des rapports spécifiques) pour aider praticiens et décideurs.

Ressources humaines en matière de santé

90. Dans le cadre des stratégies de recrutement et afin de réduire les effets de la précarisation du personnel dans le domaine de la santé, il faut considérer des approches comme la création d'équipes-ressources centralisées et intégrées composées d'employés à plein temps, lesquelles fourniraient des occasions de formation interdisciplinaire et permettraient d'augmenter le nombre d'affectations du personnel de base et de créer des bases de données du personnel.

93. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario, en collaboration avec les associations professionnelles, doivent élaborer et communiquer des lignes directrices claires concernant le devoir de prodiguer des soins qui incombe aux employeurs et au personnel de santé en situation d'urgence de santé publique. L'exemple de politique sur le devoir de prodiguer des soins inclus dans ce rapport peut aider à clarifier ce processus.

94. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario doivent soutenir et encourager les employeurs du domaine de la santé à mettre en place les mécanismes de soutien nécessaires aux employés dans le cadre du plan d'intervention en cas d'urgence de santé. Ceux-ci doivent inclure la formation appropriée en matière de risque, une communication claire des plans de mesures d'urgence et des services de soutien psychologique adéquats.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Bibliographie

1. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. « The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital ». *CMAJ*. 2003;168(10):1245-51.; Avendano M, Derkach P, Swan S. « Clinical course and management of SARS in health care workers in Toronto: a case series ». *CMAJ*. 200;168(13):1649-60.; Wynn F, Peter E. « Nurses and quarantine: reflections upon the SARS crisis in Toronto ». *Nurs Inq*. 2003;10(4):207-8.; Maunder R. « Stress, coping and lessons learned from the SARS outbreak ». *Hosp Q*. 2003;6 (4):49-50, 4.; Hall LM, Angus J, Peter E, O'Brien-Pallas L, Wynn F, Donner G. « Media portrayal of nurses' perspectives and concerns in the SARS crisis in Toronto ». *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):211-6.; Karen Palmer. « SARS still keeping health workers off the job. One year later, stress is taking its toll ». *The Toronto Star*, 17 nov. 2003. Consultation en ligne : http://www.thestar.com/ NASApp/cs/ContentServer?pagename=thestar/Layout/Article_Type1&c=Article&cid=1069026905259&call_pageid=1049194989222&col=1051265660049. Consulté le 19 février 2004. Kevin Donovan et Tanya Talaga. « Those who lived bound by a miracle, doctors say. Three stories of wondrous recoveries ». *The Toronto Star*, 28 sept. 2003. Consultation en ligne : http://www.thestar.com/NASApp/cs/ContentServer?pagename=thestar/Layout/Article_Type1&c=Article&cid=1064700607874&call_pageid=1049194989222&col=1051265660049. Consulté le 19 février 2004.

2. Woodward G, Stukel T, Schull MJS , Gunraj G, Laupacis A. *A Descriptive analysis of health system utilization during the SARS outbreak in Ontario*. [Toronto, Ontario]: Institut de recherche en services de santé; février 2004.

3. Ibidem, p. 2.

4. Ibidem, p. 8.

5. Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*; rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. [Ottawa]: Santé Canada; 2003, p. 40-41.

6. Woodward G, Stukel T, Schull MJS , Gunraj G, Laupacis A. *A Descriptive analysis of health system utilization during the SARS outbreak in Ontario*. [Toronto, Ontario]: IRSS; février 2004, p. 9.

7. Ibidem, p. 10.

8. Ibidem, p. 9.

9. Sibbald W, Stewart T. *Developing a system of critical care in Ontario*. Présentation devant la Roundtable on Critical Care, Toronto, 17 février 2004.

10. « (...) le concept de capacité d'appoint doit se fonder sur une capacité suffisante dans les situations normales pour permettre une réaffectation des ressources au moment voulu. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'autres intervenants ont également souligné la difficulté à créer une capacité

d'appoint face au manque de ressources en santé publique et des besoins des services de santé personnels. » Dans : Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, Naylor D. *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*; rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. [Ottawa]: Santé Canada; 2003, p. 102.

11. Markwell H, Godkin D. *Visitor restrictions during a public health emergency; ethical issues and guidelines for policy development.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 6 février 2004. p. 3-4.

12. Organisation mondiale de la santé, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé. Glossaire de la promotion de la santé Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1998. [WHO/HPR/ HEP/98,1]. Consultation en ligne : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf. Consulté le 21 mars 2004.

13. Wilkinson R, Marmot M. éditeurs. *Social determinants of health: the solid facts.* 2e édition. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2003. Consultation en ligne : http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf. Consulté le 21 mars 2004.

14. Santé Canada. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens.* [Ottawa]: Santé Canada; 1994. [N° de cat. : H39-316/1994F]. Préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Halifax, Nouvelle-Écosse. 14-15 septembre 1994. Consultation en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/pdf/f_strateg.pdf. Consulté le 23 mars 2004.

15. Markwell H, Godkin D. *Visitor restrictions during a public health emergency; ethical issues and guidelines for policy development.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 6 février 2004. p. 16.

16. Ibidem, p. 16.

17. D'Cruz, JR, Hannam R. *A Review of the management of the SARS outbreak at UHN: lessons for the future. Highlights of findings and recommendations.* 2004. Présentation à l'atelier sur les communications du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses, Toronto, le 16 février 2004. [Présentation PowerPoint].

18. Baumann A, Blythe J, Underwood J, Dziuba J. *Capacity, casualization, and continuity: the impact of SARS.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 2004.

19. Baumann A, Blythe J, Underwood J, Dziuba J. *Capacity, casualization, and continuity: the impact of SARS.* Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 2004, p.5.

20. Ibid, p. 5-7.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

21. Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (Ontario), Walker D. *Pour le bien de la Santé publique : rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario*. [Toronto, Ontario]: Secrétariat du Comité d'experts sur le SRAS. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2003. p. 180.

22. Godkin D, Markwell H. The Duty to care of healthcare professionals: ethical issues and guidelines for policy development. Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. 22 décembre 2003.

23. Ibidem, p. 4.

24. Ibidem, p. 5.

25. Ibidem, p. 13

26. Ibidem, p. 16.

27. Comité consultatif en matière de stages cliniques. *Students and the SARS experience*. Présentation au Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. Février 2004.

Chapitre quatre : Plan d'action

Aperçu du chapitre

	Page
Recommandations complètes	255
Priorités pour le renouvellement de la santé publique sur trois ans	289
Coûts prévus pour les domaines clés des recommandations	295

Chapitre quatre : Plan d'action

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Ce qui suit est un regroupement des recommandations du Comité d'experts présentées dans le rapport préliminaire et dans le présent rapport final; ces dernières sont indiquées à l'aide de caractères gras. Notons que ce regroupement ne souligne ni ne mentionne le travail entrepris par le ministère, les organisations de fournisseurs et le gouvernement fédéral dans de nombreux domaines. Ce chapitre se veut davantage une liste finale de nos recommandations proposées au gouvernement de l'Ontario dans le cadre de notre mandat.

Afin de donner une vision globale du domaine étendu et complexe qu'est celui du renouvellement de la santé publique contenu dans les deux rapports, les recommandations traitant des modèles de santé publique, de la lutte contre les infections et des communications ont été organisées dans un plan triennal de mise en œuvre. Essentiellement, nous proposons un plan de revitalisation de la santé publique.

Nous avons également avancé certaines estimations de coûts pour la mise en œuvre de nos recommandations intermédiaires et finales, telles qu'elles sont présentées ici. Nous recommandons de considérer ces estimations avec prudence, étant donné qu'elles sont préliminaires et qu'elles peuvent être précisées au fur et à mesure que les détails de la mise en œuvre sont étudiés et qu'une évaluation plus précise du soutien offert par le gouvernement fédéral sera disponible.

Recommandations

A. Recommandations complètes

Les recommandations du rapport préliminaire ont été renumérotées séquentiellement pour incorporer les nouvelles recommandations présentées dans ce rapport final. Afin de s'y référer plus facilement, nous avons indiqué le numéro original de chaque recommandation du rapport préliminaire dans une case située dans la marge gauche.

Ainsi, la liste des recommandations fournies au gouvernement de l'Ontario dans le cadre de notre mandat est ici complète et finale.

Organisation d'une agence de santé publique

Agence de protection et de promotion de la santé

Rec. n° 1 du rapport préliminaire

1. Le ministère doit immédiatement mettre en branle les travaux d'élaboration nécessaire à la création d'une agence de protection et de promotion de la santé en Ontario. Cette agence devrait être tenue de présenter un rapport annuel à l'Assemblée législative, par l'entremise du médecin hygiéniste en chef, qui porterait sur les éléments de base suivants :

   a. le Laboratoire central de santé publique;
   b. les éléments pertinents des ressources provinciales existantes en santé publique;
   c. une division de lutte contre les infections, dont le mandat comprendrait la recherche, la formation, le suivi et la diffusion des meilleures pratiques.

   L'agence devrait également être conçue de façon à permettre d'établir des liens entre l'agence de santé publique canadienne proposée, le réseau national de laboratoires de santé publique proposé et les centres de recherche appropriés.

Structure et mandat de l'agence

Nouvelle

2. Le ministère doit créer une agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario qui sera constituée comme une agence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et détiendra l'autorité requise en vertu d'une loi. Elle aura le mandat suivant :

   - promouvoir et protéger la santé de la population de l'Ontario en créant des services scientifiques, de laboratoire et épidémiologiques rapides et précis et en apportant une expertise ainsi qu'un soutien aux mesures prises pour améliorer la santé des Ontariennes et Ontariens;

- traduire les faits et la recherche en aide, outils, conseils et soutien pratiques et efficaces destinés aux fournisseurs de soins de santé en Ontario.

Nouvelle

3. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario relève du médecin hygiéniste en chef. Ce dernier est nommé d'office au conseil d'administration de l'agence et doit définir la direction stratégique. Un président-directeur général, sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef, sera nommé pour définir la direction scientifique et superviser le fonctionnement quotidien de l'agence.

Fonctions de base

Nouvelle

4. Les fonctions de base de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, telles que définies dans le rapport, doivent inclure ce qui suit :

   a. lutte contre les maladies transmissibles et les infections;
   b. laboratoire central de santé publique;
   c. mesures d'urgence et soutien;
   d. promotion de la santé et prévention des blessures*;
   e. transfert de la recherche et des connaissances;
   f. épicentre et surveillance;
   g. services et soutien bibliothécaires;
   h. communications.

   * Un plan complet approprié pour l'intégration doit être présenté à l'agence au cours de la troisième année de fonctionnement.

Nouvelle

5. Le Laboratoire central de santé publique doit être mis en commun avec l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario envisagée et, dans la mesure du possible, il doit examiner les possibilités de partenariat avec les centres hospitaliers universitaires appropriés, tout en maintenant une intégrité organisationnelle. Ces possibilités pourraient aller d'une officialisation des accords sur la capacité d'appoint à une collaboration à plus grande échelle.

Nouvelle

6. Le ministère doit diriger une évaluation du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), dans le cadre de laquelle on pourra élargir les composantes de recherche et de formation.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

7. Dans les trois ans suivant sa création, les progrès de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent faire l'objet d'une évaluation externe.

Facteurs clés du succès

Nouvelle

8. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit être basée sur les facteurs clés de succès suivants, tel que présentés dans le rapport :
   - transparence;
   - responsabilisation;
   - intégration d'une équipe d'experts multidisciplinaire;
   - intégrité et crédibilité;
   - soutien intersectoriel;
   - partenariats;
   - culture des ressources et du service.

Nouvelle

9. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit préparer ou aider à préparer les rapports annuels suivants :
   - rapport sur la santé des Ontariennes et Ontariens (peut être semestriel);
   - rapport sur le rendement de la santé publique;
   - rapport de vérification;
   - plan de rendement de l'agence;
   - rapports sur l'état de la lutte contre les infections.

   Ces rapports doivent être rendus publics dans les 30 jours suivant leur présentation au médecin hygiéniste en chef.

Nouvelle

10. Les dirigeants du gouvernement fédéral, ceux des Premières nations et du ministre de la Santé et des Soins de longue durée doivent entamer des discussions sur un protocole formel concernant les urgences de santé publique à l'échelon des Premières nations, en vue d'établir un protocole d'ici un an.

Nouvelle

11. L'Ontario doit poursuivre vigoureusement les possibilités de mise en commun et de collaboration entre l'agence canadienne de santé publique proposée et l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Conseil d'administration de l'agence

Nouvelle

12. Le conseil d'administration doit adopter une structure formelle dans le but de superviser les objectifs financiers et fonctionnels de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. Le choix des membres doit refléter adéquatement les compétences et la représentation propres à l'organisme. Le noyau des membres du conseil d'administration doit comprendre, au minimum, des représentants experts dans les domaines suivants :
    - laboratoire;
    - secteur hospitalier;
    - fournisseur communautaire;
    - expérience de la gouvernance;
    - santé publique;
    - nomination commune avec le gouvernement fédéral.

    De plus, au moins un siège doit être disponible pour un représentant du public. Le choix final des membres du conseil d'administration doit être fait par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, uniquement à partir d'une liste de membres potentiels, nommés ou proposés à la suite d'un processus de nomination transparent, et finalisée par un groupe d'experts externe. Les membres du conseil doivent servir pour des durées fixes mais décalées et ils doivent être nommés par décret.

    Le premier directeur du conseil d'administration est nommé par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur recommandation du médecin hygiéniste en chef, pour une durée fixe minimale de cinq ans.

Loi constitutive de l'agence

Nouvelle

13. L'Ontario doit créer une loi constitutive pour l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario et elle doit définir un protocole d'entente détaillé, décrivant les liens avec le ministère, Gestion des situations d'urgence Ontario et d'autres partenaires appropriés, qui doivent, au minimum :

    - fixer le rôle et la structure de la future agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, notamment les mesures de sécurité appropriées pour sauvegarder son intégrité et son autorité et s'assurer que les produits et les rapports de recherche sont rendus publics dans un délai de 30 jours après leur présentation au médecin hygiéniste en chef, dans le cas où ils n'auraient pas encore été rendus publics;

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- accorder à l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario l'autorité légale pour recueillir, utiliser et divulguer les renseignements médicaux personnels nécessaires à l'exercice des fonctions exigées par son mandat;

- fixer les obligations de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario en ce qui concerne la préparation et la diffusion publique d'un plan de rendement annuel sur l'agence décrivant les objectifs, les mesures du rendement et les progrès réalisés annuellement;

- obliger l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario à effectuer une vérification annuelle qui sera déposée par le ministère dès que possible et au moment le plus opportun avant d'être présentée devant l'Assemblée législative.

Mise en œuvre progressive

Nouvelle 14. Les fonctions initiales de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doivent être mises en œuvre tel que décrit dans la section sur la mise en œuvre progressive du rapport. Ces domaines d'intérêt comprennent :
- la coordination de la surveillance et de la planification stratégique;
- l'analyse épidémiologique;
- le Laboratoire central de santé publique;
- la recherche et le transfert des connaissances;
- les communications.

Nouvelle 15. Les étapes intermédiaires suivantes doivent être mises en œuvre pour préparer la transition de la capacité des laboratoires de santé publique vers l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario :

- La Division de la santé publique du ministère doit procéder immédiatement à l'embauche de personnel de liaison au sein de la division afin qu'ils travaillent directement avec le Laboratoire central de santé publique pour formaliser et créer des réseaux améliorés entre la composante constituée par le Laboratoire et les composantes de surveillance et d'épidémiologie se trouvant actuellement au sein du ministère.

- Des médecins-chefs, docteurs en médecine ou détenteurs d'un doctorat, doivent être recrutés à l'échelon du Laboratoire central de santé publique. Une liaison officielle doit être établie pour faire le lien avec la Division de la santé publique.

- En plus de la nécessité d'assurer un minimum de deux postes de microbiologiste médical et de directeur médical (tel qu'identifié dans le rapport préliminaire du Comité d'experts), le ministère doit s'engager à créer deux autres postes de microbiologistes médicaux (pour arriver à un total de quatre nouveaux postes) au cours des 12 prochains mois.

- Une liaison par vidéoconférence doit être établie entre la Division de la santé publique du ministère et le Laboratoire central de santé publique.

- Un organisme de planification conjoint doit être créé entre la Division de la santé publique et la Direction des laboratoires du ministère, et doit tirer parti de l'expertise externe appropriée, si nécessaire.

- Un examen opérationnel formel du système du Laboratoire central de santé publique doit être entrepris en se concentrant principalement sur :

    a. les principaux services et mécanismes d'analyse nécessaires pour centrer les activités du Laboratoire de santé publique sur les aspects d'importance cruciale;

    b. les principales améliorations aux procédures et au fonctionnement pour s'assurer que le Laboratoire central de santé publique soit en mesure de fonctionner de façon optimale tant lors d'éclosions qu'en situation normale. Les éléments qu'il conviendrait d'examiner comprennent les outils technologiques, les procédés administratifs et les impératifs de capacité scientifique à moyen et long terme.

Autonomie du médecin hygiéniste en chef

Rec. n° 2 du rapport préliminaire

16. Le ministère doit modifier immédiatement la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin d'autoriser le médecin hygiéniste en chef à :

    a. présenter des rapports devant l'Assemblée législative;
    b. faire des commentaires publics sur toute question importante ayant trait à la santé publique, et ce, indépendamment du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

    Une telle disposition doit être édictée le plus tôt possible.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

17. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* doit être modifiée afin de procurer au médecin hygiéniste en chef :

    a. « L'autorité de faire des commentaires publics, notamment de présenter ses observations devant l'Assemblée législative, sans autorisation préalable du ministère lorsque, d'après le médecin hygiéniste en chef, l'urgence du risque pour la santé publique l'exige ».

    b. « L'autorité de divulguer des recherches ou des rapports, qui, à son avis, sont pertinents à la sensibilisation aux questions se rapportant à des risques permanents ou émergents pour la santé des Ontariennes et Ontariens ou à la capacité de la province d'intervenir face à de tels dangers. En dehors des cas d'urgence sanitaire, le médecin hygiéniste en chef donnera au ministère une période maximale de 30 jours pour examiner ce matériel avant de le rendre public ».

Rec. n° 3 du rapport préliminaire

Stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique

18. Nous recommandons que l'Ontario entame immédiatement des discussions avec l'Association of Local Public Health Agencies (alPHa), l'Association des municipalités de l'Ontario et les processus fédéral, provincial et territorial existants en vue d'élaborer une stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique. La stratégie devrait contenir les éléments suivants :

    a. l'augmentation de la capacité d'enseignement et de formation des professionnels en santé publique par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Cela pourrait s'accompagner d'une augmentation des inscriptions dans les institutions d'enseignement et du nombre de postes de formation supérieure ou de résidences;

    b. l'élaboration et le soutien d'un programme de formation et d'études financé par la province à l'intention des membres du personnel de la santé publique, et portant principalement sur lutte contre les infections. Ce programme sera fondé sur le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). Une attention spéciale doit être accordée à la promotion d'une formation polyvalente entre les secteurs de la santé publique, des soins actifs, des soins de longue durée et des autres secteurs;

c. l'élaboration, en partenariat avec le DRHC et des institutions de formation, d'une large campagne visant à promouvoir la carrière en santé publique en Ontario;

d. la création de postes de formation destinés à la réintégration en médecine communautaire, pour permettre aux praticiens exerçant présentement dans d'autres spécialités d'obtenir des compétences en santé publique;

e. la mise sur pied de programmes de formation d'appoint pour mettre à jour les compétences et les qualifications de personnes compétentes, détenant déjà une expérience en santé publique. Cela devrait être accompagné de mesures d'encouragement afin de réintégrer les personnes qui possèdent cette expérience et qui œuvrent présentement dans d'autres domaines;

f. un examen des stratégies de recrutement et de maintien en poste des médecins hygiénistes et des médecins hygiénistes adjoints,notamment en ce qui a trait à la rémunération.

Le ministère doit remettre au ministre un rapport intermédiaire sur les progrès réalisés à l'égard de cette stratégie d'ici le 1er juin 2004.

Financement municipal et provincial

Rec. n° 4 du rapport préliminaire

19. L'Ontario doit financer à 100% les 180 postes promis aux bureaux de santé publique dans le cadre du plan d'action ontarien à court terme sur le SRAS.

L'Ontario doit mettre en place un processus indépendant et établir des échéanciers pour l'établissement d'un financement à 100 % de tous les programmes de santé publique en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Ce processus doit être terminé d'ici le 31 décembre 2004.

Dans le cadre de la mise en place d'une capacité à réagir en cas de crise de santé publique à l'échelle de la province, un tel financement devrait être accordé à la condition que les bureaux de santé publique collaborent en réaffectant leurs ressources de lutte contre les maladies transmissibles.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Rec. n° 5 du rapport préliminaire

20. L'Ontario doit immédiatement restructurer l'entente avec les municipalités sur le partage des coûts de la santé publique afin de porter de 75 % à 100 % le financement provincial de ce secteur. Les programmes, notamment ceux qui portent sur la lutte contre les maladies transmissibles, qui sont financés à 100 % par la province doivent le demeurer.

    La nouvelle entente sur le partage des coûts devrait être progressivement mise en place d'ici deux à cinq ans.

Bureaux de santé publique

Rec. n° 6 du rapport préliminaire

21. Le ministère doit revoir le nombre actuel de services de santé publique dans la province, conjointement avec les médecins hygiénistes, l'Association of Local Public Health Units et l'Association des municipalités de l'Ontario. D'ici deux ans, le ministère devrait, en se fondant sur les résultats de cet examen, fusionner les bureaux de santé publique afin que leur nombre se situe entre 20 et 25, tout en maintenant une présence locale par l'entremise des bureaux satellites.

Échelon du bureau de santé publique

Nouvelle

22. Le ministère doit demander une évaluation indépendante sur les bureaux de santé publique actuels. Elle doit inclure des avis d'experts et des comparaisons à des collectivités publiques appropriées dans le but de :

    - déterminer les compétences minimales devant être disponibles à l'échelon du bureau de santé sur la base de facteurs déterminants tels que les caractéristiques géographiques et culturelles, l'état de la santé et les besoins de santé;

    - définir les principaux obstacles dans les domaines fonctionnel, systémique et dans celui de la gouvernance qui peuvent contribuer ou nuire au bon fonctionnement des bureaux de santé locaux;

    - recommander des modèles adéquats de regroupement des bureaux de santé lorsqu'un tel regroupement est rationnel, sur la base des faits générés plus haut, et qu'il contribue à renforcer les ressources du bureau de santé publique local.

Loi sur la protection et la promotion de la santé - conformité

Rec. n° 7 du rapport préliminaire

23. Le ministère doit examiner immédiatement des approches pour renforcer la conformité à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* qui lui sont associées en ce qui a trait à l'affectation de ressources et la prestation de programmes et services de santé obligatoire.

Nouvelle

24. Dans le cadre de l'évaluation des *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* pour la santé publique, nous recommandons que l'inclusion de la communication des risques de santé publique soit prise en compte comme étant l'une des normes du programme.

Examen de la capacité de la Division de la santé publique

Rec. n° 8 du rapport préliminaire

25. Le ministère doit immédiatement entreprendre une étude indépendante et exhaustive sur la capacité actuelle de la Division la santé publique de la province. Dans le cadre du renouvellement de la santé publique, le ministère doit tenir compte des recommandations issues de cette étude pour revitaliser les moyens d'assurer la santé publique de la province.

Évaluation du rendement de la santé publique

Rec. n° 9 du rapport préliminaire

26. L'Ontario doit instituer un rapport annuel sur le rendement de la santé publique dans la province, lequel sera présenté à l'Assemblée législative et communiqué au grand public. Un tel rapport doit être préparé par un organisme de recherche approprié agissant comme tierce partie. Le rapport doit indiquer l'état des domaines suivants :
    a. ressources humaines;
    b. informatique;
    c. infections nosocomiales;
    d. conformité à l'égard des programmes et des services obligatoires;
    e. santé de la population;
    f. capacité centralisée en matière d'épidémiologie.

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Normes, agrément et surveillance

Rec. n° 11 du rapport préliminaire

27. Le ministère doit immédiatement mettre sur pied un Comité provincial permanent de lutte contre les infections qui relève du médecin hygiéniste en chef. Ce comité aurait les fonctions suivantes :

    a. Superviser les vérifications qui sont déjà en cours dans les hôpitaux concernant les politiques, les programmes et les ressources de lutte contre les infections. Il doit également entreprendre des vérifications supplémentaires dans les autres établissements et organismes de santé de l'Ontario. Ces vérifications devraient être terminées d'ici l'été 2004.

    b. Élaborer, à partir des résultats de ces vérifications sur la lutte contre les infections, des normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections à l'intention de tous les établissements de santé de l'Ontario, notamment les hôpitaux de soins actifs et non actifs, les hôpitaux de soins de longue durée de même que les établissements de soins primaires et communautaires. Ces directives doivent être terminées d'ici le 31 octobre 2004.

    c. Élaborer des normes en collaboration avec Santé Canada.

    d. Mettre au point des mécanismes appropriés pour assurer la conformité, tant aux normes existantes qu'aux nouvelles normes provinciales exhaustives de lutte contre les infections.

Rec. n° 12 du rapport préliminaire

28. Le ministère, en collaboration avec le comité provincial de lutte contre les infections et avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et l'Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté, doit définir des indicateurs de base pour la surveillance des infections nosocomiales. Ces données doivent être signalées dans le cadre du rapport annuel sur l'état de la santé publique.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles

Mise en œuvre et présentation de rapports

Nouvelle

29. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles permanent doit être mis en place avant le 30 juin 2004. Les sous-comités nécessaires doivent également être créés à cette date, notamment un sous-comité provincial de lutte contre les infections. Le cadre de référence du Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit tenir compte et incorporer, le cas échéant, le mandat et les membres du Comité consultatif de lutte contre les maladies transmissibles.

Nouvelle

30. Le Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles rend compte initialement au médecin hygiéniste en chef; puis, il dépendra du directeur du département de lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, dès que celle-ci sera en fonction.

Nouvelle

31. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit établir des protocoles pour les points de communication bidirectionnelle avec les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Ces protocoles et ces points d'accès à l'information doivent pouvoir être intégrés à d'autres outils technologiques de communication et informatiques créés dans le cadre de l'infrastructure de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, le cas échéant.

Nouvelle

32. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit créer une page Web spécialisée, accessible au public et aux fournisseurs de soins de santé. Cette page doit afficher toutes les normes et lignes directrices approuvées, ainsi que celles qui sont en cours d'élaboration, en plus de tous les avis pertinents.

Membres

Nouvelle

33. Le premier président et les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent être nommés par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, sur la recommandation du médecin hygiéniste en chef et par l'entremise d'un processus de nomination transparent, pour des mandats fixes mais décalés. Une fois l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario créée, le conseil d'administration de l'agence aura la responsabilité de soumettre les nominations.

Les membres principaux du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent compter, au minimum, des représentants des domaines suivants :

- lutte contre les infections;
- maladies infectieuses;
- microbiologie;
- santé et la sécurité au travail;
- santé publique;
- épidémiologie.

ainsi que des représentants des secteurs des soins actifs et non actifs.

Parmi les autres membres du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles, il faut noter le médecin hygiéniste en chef et au moins un représentant des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, comme le président du comité régional de coordination.

Fonctions et mandat

Nouvelle

34. Le mandat initial du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit être de créer des normes et des lignes directrices pour la lutte contre les infections et ce, en appliquant les meilleures pratiques fondées sur les faits.

    a. Les premières normes et lignes directrices de lutte contre les infections créées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doivent :

        - définir les éléments fondamentaux nécessaires à la création des programmes complets de lutte contre les infections dans les établissements de soins actifs et non actifs;
        - se pencher sur les questions relatives aux ressources humaines et aux compétences nécessaires à la mise en œuvre d'un programme complet de lutte contre les infections;
        - aborder la formation dans le domaine de la lutte contre les infections à l'échelon de l'établissement, notamment, lorsque cela est approprié, l'élaboration de matériel de formation normalisé, conjointement avec des formateurs.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

À titre de mesure supplémentaire, le ministère doit immédiatement élargir et subventionner les programmes de formation dans le domaine de la lutte contre les infections. Il doit également élaborer des stratégies supplémentaires pour recruter des professionnels de la lutte contre les infections.

b. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la seconde partie de son mandat, élaborer des normes et des lignes directrices concernant des pratiques particulières de prévention et de lutte contre les infections, comme :
   - des techniques de lavage des mains;
   - des protocoles de nettoyage et de désinfection;
   - des programmes spécifiques de surveillance;
   - des techniques d'isolement;
   - l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle;
   - la conception des établissements, notamment les salles d'urgence.

c. Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit, par la mise en œuvre progressive de la troisième partie de son mandat :

   - définir les principaux indicateurs devant être rapportés par chaque type d'établissement en Ontario;
   - élaborer des systèmes d'auto-vérification et de vérification externe destinés aux établissements et aux organisations;
   - élaborer, au besoin, des modèles de protocoles ou de programmes de lutte contre les infections;
   - conseiller le ministère ou l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario sur les priorités de recherche en matière de lutte contre les infections et les maladies transmissibles en Ontario;
   - conseiller le ministère sur les politiques adaptées pour la lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

Nouvelle

35. À la demande du médecin hygiéniste en chef, le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit commencer à agir en tant qu'organisme consultatif auprès du ministère sur des questions particulières, comme l'amélioration du plan contre la grippe pandémique en Ontario et la publication d'avis sur les questions de lutte contre les infections et les maladies transmissibles.

Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Rec. n° 10 du rapport préliminaire

36. Le ministère doit établir un processus visant à créer des réseaux régionaux de lutte contre les infections à l'échelle de l'Ontario. Ce processus d'élaboration doit être dirigé conjointement par un hôpital désigné et un bureau de santé publique. Les réseaux doivent inclure, entre autres, des bureaux de santé publique, des praticiens de la lutte contre les infections, des services de santé d'urgence, des établissements de soins de longue durée et des fournisseurs de soins de santé communautaires.

Mandat

Nouvelle

37. Chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doit inclure les activités de base suivantes dans son mandat :

- cerner les ressources et les pratiques de lutte contre les infections présentes dans la région de façon à déterminer la capacité de base et les écarts;
- aider les membres du réseau à mettre en œuvre les normes et les lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles;
- coordonner la surveillance des principaux indicateurs;
- soutenir les activités des bureaux de santé publique, puisqu'ils sont mandatés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;
- préparer un rapport centralisé des données et renseignements régionaux.

Membres

Nouvelle

38. Les membres de chaque réseau régional de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent provenir des établissements ou des organisations, notamment des organismes suivants :
    - hôpitaux de soins actifs et non actifs;
    - établissements de soins de longue durée;
    - bureaux de santé publique.

    D'autres membres provenant des laboratoires, des services ambulanciers et des services et fournisseurs communautaires peuvent être recrutés au fur et à mesure que la capacité et l'infrastructure du

réseau se développent.

Mise en œuvre

Nouvelle

39. Le ministère doit s'engager immédiatement à dégager les subventions nécessaires aux initiatives du réseau régional qui sont déjà en cours en Ontario. D'autres subventions ciblées devraient être mises de côté immédiatement pour le développement de réseaux supplémentaires dans la province, dans le cadre d'un plan pluriannuel de mise en œuvre de réseaux à l'échelle de la province. Ce financement doit faire partie d'une enveloppe budgétaire ciblée.

    a. En se fondant sur l'expérience des premières initiatives de réseaux, le ministère et les réseaux en cours de développement doivent consacrer des ressources et mettre à profit les apprentissages pour améliorer les réseaux dans la province.

    b. Pour déclencher le développement des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections en Ontario, le ministère doit, dans une étape préliminaire, organiser immédiatement des séances de planification supplémentaires rassemblant les intervenants appropriés provenant, entres autres, des secteurs de soins actifs et de la santé publique.

Nouvelle

40. Les intervenants régionaux participant à l'élaboration et la mise en œuvre des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections doivent, grâce à la mise en place progressive du mandat de chaque réseau, entreprendre les activités suivantes :

    a. Création d'un comité directeur pour chaque réseau. Il faut pouvoir y compter, au moins, des représentants des professions et des milieux suivants :
        - organisme principal en soins actifs;
        - bureaux de santé publique;
        - praticiens de la lutte contre les infections;
        - médecins experts;
        - microbiologie;
        - santé et sécurité au travail;
        - coordonnateur régional;
        - directeur médical.

    b. Sélection d'un organisme principal adéquat en matière de soins actifs. Les bureaux de santé publique doivent garder leur position de chef de file sur les sujets qui s'inscrivent clairement dans leur mandat prévu par la loi, comme la création de plans d'intervention en cas d'éclosion et la surveillance, l'examen et l'intervention face aux maladies transmissibles et à déclaration obligatoire.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

c. Élaboration d'une vision et d'un plan de fonctionnement locaux par le comité directeur.

d. Définition des limites du réseau projeté, lequel prend en compte les facteurs suivants pour définir les limites des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections :

- l'emplacement et la capacité de l'expertise en matière de lutte contre les infections;
- les modèles rationnels de déplacement des patients, notamment les modes d'aiguillage;
- les groupes de service existants;
- les données démographiques correspondant à la couverture du réseau, notamment la population et le nombre de lits;
- les limites géographiques de base.

e. Soumission du plan de fonctionnement au ministère pour obtenir le financement.

Nouvelle

41. Un mécanisme doit être mis en place pour s'assurer que tous les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections peuvent communiquer entre eux.

Conception des établissements

Rec. n° 13 du rapport préliminaire

42. Afin d'assurer la disponibilité et la répartition des chambres à pression négative entre les hôpitaux, le ministère doit immédiatement entreprendre une évaluation factuelle indépendante des besoins. Cette évaluation devra être présentée au ministre d'ici le 1er mars 2004. Sur la base de cette évaluation, le ministère doit s'assurer qu'un nombre suffisant de chambres à pression négative est disponible à l'échelle régionale.

Nouvelle

43. L'évaluation factuelle des besoins doit être entreprise à l'aide des normes et lignes directrices élaborées par le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles. Le ministère doit élaborer et maintenir un inventaire du nombre et de l'emplacement de toutes les salles à pression négative et d'isolement en Ontario afin d'appuyer davantage l'évaluation des besoins.

Nouvelle

44. Une fois que des normes claires seront établies en matière de lutte contre les infections relativement à la conception des établissements et qu'une évaluation des moyens existants sera terminée, nous recommandons au ministère de réserver une subvention pour les coûts uniques, passant de 10 millions de dollars la deuxième année à 40 millions de dollars la quatrième année, pour faire face aux besoins de réaménagement prioritaires. Les critères de priorité doivent être établis sur la base des recommandations du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles et des sous-comités concernés.

Nouvelle

45. Le ministère, par l'entremise du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé, du Secrétariat des services consultatifs médicaux et de toute expertise externe pertinente, doit créer immédiatement un processus pour évaluer l'utilisation et l'efficacité des nouvelles technologies applicables aux précautions en matière d'isolement, telles que les unités portatives de filtration de l'air et les unités d'isolement individuel.

Rec. n° 14 du rapport préliminaire

46. Le ministère doit mettre en branle un processus de collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour déceler les obstacles physiques à la prévention efficace des infections dans les hôpitaux et élaborer un plan pluriannuel en vue de les éliminer. Il convient d'examiner en priorité les salles d'urgence, puis les unités de soins intensifs et les pavillons.

Formation et orientation

Rec. n° 15 du rapport préliminaire

47. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, doit assurer un financement suffisant afin d'augmenter le nombre de cours de lutte contre les infections existants et de les rendre plus accessibles aux professionnels de la santé. Ce financement doit prévoir :
    a. la mise en ligne du cours existant;
    b. la mise sur pied d'initiatives d'éducation à distance;
    c. le remboursement adéquat des coûts reliés à la participation à un tel cours.

    Ce financement doit être disponible à compter du 1er avril 2004.

Rec. n° 16 du rapport préliminaire

48. Le ministère doit immédiatement élaborer des stratégies afin qu'il y ait au moins un praticien de la lutte contre les infections pour 250 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Il doit également voir au déploiement des efforts afin qu'il y ait, d'ici trois ans, un praticien de la lutte contre les infections pour 120 lits de soins actifs et de soins de longue durée. Ces stratégies doivent comprendre des mécanismes de recrutement et de rétention des praticiens de la lutte contre les

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

infections.

Rec. n° 17 du rapport préliminaire

49. Le ministère doit appuyer la mise sur pied d'initiatives de « formation des formateurs » en offrant un financement adéquat permettant aux praticiens actuels de la lutte contre les infections, qui sont qualifiés et expérimentés, d'agir à titre d'éducateurs auprès d'autres professionnels de la santé pour leur enseigner les principes de lutte contre les infections. Ce financement doit être disponible d'ici le 1er avril 2004.

Rec. n° 18 du rapport préliminaire

50. Le ministère doit obtenir l'engagement des organismes de réglementation et des associations professionnelles et il doit les soutenir dans leur examen et leur mise à jour des normes d'éducation sur la lutte contre les infections et dans leurs efforts de maintien des compétences de base chez tous les travailleurs de la santé. Le ministère doit également créer des programmes d'éducation normalisés qui reflètent ces principes. L'élaboration de telles normes doit être terminée d'ici le 30 juin 2004.

Rec. n° 19 du rapport préliminaire

51. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, le Council of Faculties of Medicine, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et d'autres organismes concernés doivent collaborer pour définir les éléments de base de la lutte contre les infections à l'intention de tous les programmes d'éducation en santé. En outre, ils doivent commencer à prendre les mesures nécessaires à l'intégration de ces éléments dans ces programmes. Le ministère doit créer un organisme fonctionnel pour atteindre ces objectifs d'ici le 1er février 2004. Les plans des programmes doivent être mis en œuvre d'ici le 30 juin 2004.

Financement des programmes de lutte contre les infections

Rec. n° 20 du rapport préliminaire

52. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Ontario Long Term Care Association et l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, doit mettre au point des mécanismes permettant d'offrir un financement ciblé pour les programmes de lutte contre les infections au sein des établissements et des organismes, tel que l'élaboration d'un programme prioritaire de lutte contre les infections dans les hôpitaux. Le financement devrait permettre d'embaucher le personnel nécessaire; comme des praticiens de la lutte contre les infections et des spécialistes des maladies infectieuses. Un rapport d'état sur l'élaboration de ces mécanismes devra être remis au ministre d'ici le 30 juin 2004.

Mesures et interventions d'urgence

Rec. n° 21 du rapport préliminaire

53. Le ministère doit créer immédiatement un bureau des interventions d'urgence (BIU), le doter du personnel et de l'autorité appropriés et le relier officiellement au ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Ce bureau doit être créé d'ici le 1er avril 2004 et doit :

    a. rendre compte au sous-ministre, par l'entremise d'un comité des interventions d'urgence. Le comité supervise la création du bureau et l'établissement de son mandat et soumet des conseils et des orientations stratégiques au BIU;

    b. faire preuve de leadership concernant les activités du ministère relatives aux mesures et aux interventions d'urgence;

    c. assurer la mise en œuvre des recommandations ci-dessous en respectant les échéanciers. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, le ministère est responsable de la mise en œuvre de ces recommandations.

Rec. n° 22 du rapport préliminaire

54. Lorsqu'il sera créé, le BIU devra servir d'agent de liaison du ministère auprès de Santé Canada, du GSUO, et des autres organisations concernées en rapport avec les interventions d'urgence en santé publique. Plus précisément, le BIU doit commencer à travailler étroitement avec Santé Canada dans trois domaines :

    a. assurer la pertinence et la préparation de toute réserve de secours ainsi que les liens et protocoles nécessaires aux fins de coordination;

    b. élaborer le programme d'équipes d'intervention sanitaire d'urgence;

    c. harmoniser les capacités fédérales et provinciales de mesures et d'interventions d'urgence pour les urgences de santé publique.

Rec. n° 23 du rapport préliminaire

55. Le ministère doit promptement examiner et évaluer certains domaines des mesures d'urgence, puis créer des plans d'action et présenter des recommandations par l'entremise de comités consultatifs ayant une expérience clinique et opérationnelle. Les principaux domaines à réexaminer et à évaluer sont les suivants :

    a. l'élaboration de protocoles d'urgence pour le transfert des patients, notamment une évaluation objective du système d'autorisation de

transfert des patients;

b. un examen de l'exactitude et de l'utilité du programme CritiCall. Cet examen devrait comprendre une analyse du rôle que pourraient jouer le Programme CritiCall et le Central Bed and Resource Registry dans la gestion d'éclosions futures ainsi que les vérifications ou mécanismes nécessaires pour assurer l'exactitude des données;

c. l'élaboration de protocoles d'urgence officiels pour le transfert rapide des patients d'autres niveaux de soins des hôpitaux, vers d'autres établissements, plus précisément, de soins de longue durée. Ils doivent comprendre un examen et une analyse de l'utilisation de la désignation de crise de catégorie 1A en vertu des dispositions réglementaires gouvernant le système de coordination des placements aux termes de la législation sur les soins de longue durée;

d. la capacité de la province, des régions et des établissements à obtenir et à distribuer le matériel et l'équipement au cours d'éclosions de maladies infectieuses et d'autres urgences de santé publique.

Le ministère doit rendre compte des résultats de l'examen et présenter au ministre les plans d'action qui s'imposent au plus tard le 1er mars 2004.

Rec. n° 24 du rapport préliminaire

56. Lorsque le BIU sera créé, il devra avoir son propre site Web pour sensibiliser le public et promouvoir la transparence sur le plan des activités d'intervention du ministère. Le BIU doit utiliser ce site Web pour afficher des documents de référence, des plans d'intervention, et des documents promotionnels concernant les interventions d'urgence du ministère et du secteur de la santé. D'ici à ce que le BIU soit fonctionnel, le ministère doit afficher immédiatement sur son site Web tous les plans d'urgence.

Rec. n° 25 du rapport préliminaire

57. Le ministère doit, en collaboration avec le BIU qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, mettre immédiatement à jour un plan général ou des procédures normales de fonctionnement pour les interventions d'urgence provinciales, en cas d'éclosion de maladie infectieuse et d'urgences de santé publique, notamment le bioterrorisme. Ce plan doit être terminé d'ici juin 2004 et doit être aussitôt mis en ligne sur le site Web du BIU, ou sur celui du ministère. À titre de mesure intermédiaire, le ministère doit afficher sur son site Web, au plus tard le 1er février 2004, un résumé des principaux rôles et responsabilités des organisations gouvernementales et non gouvernementales sur le plan des *mesures et interventions d'urgence en matière de santé publique*.

Rec. n° 26 du rapport préliminaire

58. Le ministère doit, en collaboration avec le BIU, qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, diffuser largement des plans d'interventions d'urgence pour la grippe pandémique et la variole et ce, d'ici le 15 mars 2004. Ces plans doivent être affichés sur le site Web du ministère.

Rec. n° 27 du rapport préliminaire

59. a. Le ministère doit, en collaboration avec les associations, les ordres professionnels ainsi que le BIU, qui assumera, après sa création, un rôle de coordination et de surveillance, continuer à élaborer des registres provinciaux permettant de déployer rapidement le personnel de soins de santé. Un plan d'action traitant de la création de ces registres devra être présenté au ministre d'ici le 1er février 2004. Les registres doivent faire l'objet d'examens et d'évaluations dans les 12 mois suivant leur mise en place.

b. Le ministère doit commencer à élaborer des ententes d'aide mutuelle avec d'autres provinces et territoires. Ces ententes prévoient le déploiement approprié des ressources humaines, la reconnaissance interinstitutionnelle de l'agrément des professionnels, des ententes de rémunération et la fourniture de matériel et d'équipements. Le ministère doit produire un rapport d'état à ce sujet au plus tard le 1er avril 2004.

Rec. n° 28 du rapport préliminaire

60. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA), l'Association canadienne des soins de santé (ACS) et les autres organisations concernées, doit envisager immédiatement l'élaboration d'un code précis de lutte contre les éclosions de maladies infectieuses. Idéalement, ce code serait adopté à l'échelle nationale et se refléterait dans une planification appropriée des interventions aux échelons provincial et fédéral.

Rec. n° 29 du rapport préliminaire

61. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Procureur général et les autres ministères concernés, doit procéder à un examen approfondi des lois existantes sur les pouvoirs d'urgence en vue de créer un système d'intervention progressive en cas d'urgence sanitaire. Un rapport d'état sur cet examen doit être présenté au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels d'ici le 1er mars 2004.

Dans une deuxième phase, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le gouvernement fédéral doivent collaborer pour assurer l'harmonisation, d'ici octobre 2004, des lois sur les pouvoirs en cas de situation d'urgence.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

62. À la fin de l'examen législatif, le ministère doit élaborer et mettre en œuvre des schémas d'alerte améliorés pour les urgences de santé publique en utilisant des méthodes adéquates.

Incidence sur le système de santé

Nouvelle

63. Le ministère doit être encouragé à formaliser les évaluations post-événement à l'aide de données complètes sur le système et les services de santé pour affiner de façon continuelle :

a. les approches provinciale et locale en matière d'éclosions et d'urgences de santé;

b. les approches de rétablissement du système basé sur les faits scientifiques et cliniques portant sur les résultats des traitements prodigués aux patients et sur l'accès aux services de santé, p. ex., le rétablissement des institutions de soins de santé pour qu'elles fonctionnent comme avant l'événement.

Soins intensifs

Nouvelle

64. Le ministère doit élaborer une approche factuelle améliorée pour mesurer et surveiller la capacité d'appoint de même que pour assurer un accès aux ressources de soins intensifs de l'Ontario tant en période de demande soudaine et inattendue qu'en période de demande normale.

Politique de visite

Nouvelle

65. Le ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, la *Ontario Long Term Care Association*, la *Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors* et d'autres associations, doit établir des lignes directrices pour l'élaboration de politiques concernant la restriction des visites pendant une interruption significative du service ou une urgence de santé publique. L'exemple de politique de visite inclus dans ce rapport peut être utilisé pour éclairer ce processus. Les politiques élaborées doivent prendre en compte l'importance du soutien social et doivent permettre de distinguer les visites de l'accès aux membres importants de la famille, car ces derniers jouent un rôle dans la prestation des soins aux patients. Des mécanismes permettant de composer avec les situations personnelles particulières doivent être prévus.

Nouvelle

66. Le ministère, en collaboration avec les associations concernées, doit promouvoir la diffusion de renseignements clairs et cohérents concernant les restrictions du droit de visite en vigueur et s'assurer que les raisons de ces restrictions sont rendues publiques par des moyens appropriés.

Quarantaine

Nouvelle

67. Les représentants de la santé publique doivent s'assurer que, durant toute période de quarantaine, quelle qu'en soit l'étendue, il existe une communication bidirectionnelle formelle et régulière entre les bureaux de santé publique et les particuliers et familles mis en quarantaine.

Nouvelle

68. Le gouvernement de l'Ontario, dans le cadre d'une collaboration avec le gouvernement fédéral sur le soutien financier en cas d'urgence de santé publique, doit élaborer des politiques portant sur l'indemnisation adéquate des particuliers mis en quarantaine.

Communications

Rec. n° 30 du rapport préliminaire

69. D'ici le 15 février 2004, le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure de communication est en place dans le secteur de la santé pour permettre de communiquer avec tous les intervenants clés lors des situations d'urgence. Cette infrastructure doit permettre l'utilisation du courriel, de la télécopie, d'Internet et d'autres technologies de pointe. Elle doit être bidirectionnelle, multifonctionnelle et permettre au ministère de communiquer avec les praticiens de la santé, les organisations et institutions de santé, le personnel de soutien, les institutions de formation, les services médicaux d'urgence, les associations professionnelles, les organismes de réglementation professionnelle et les syndicats. Cette infrastructure doit être testée et évaluée d'ici le 31 mars 2004.

   a. Cette infrastructure doit faciliter le développement d'un réseau d'alerte de santé publique formel, destiné à communiquer les données concernant les éclosions de maladies infectieuses et les dangers pour la santé publique à tous les fournisseurs de soins de santé.

   b. La compétence en informatique, à titre d'élément essentiel à la mise en place de cette infrastructure, doit devenir, d'ici deux ans, une exigence de pratique fondamentale pour tous les praticiens de la santé nouvellement diplômés. Des méthodes pour assurer la même compétence parmi les praticiens qui exercent déjà doivent être examinées, en collaboration avec les ordres professionnels, au cours des trois prochaines années.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Nouvelle

70. Un réseau d'alerte sanitaire doit être créé dans le cadre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario pour diffuser différents types de messages sur la santé (alerte, conseil, actualités) aux intervenants clés, sur la base de protocoles faisant l'objet d'un accord préalable. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario met en œuvre ce réseau d'alerte sanitaire à la demande du médecin hygiéniste en chef. Il s'agit d'un moyen pour soutenir l'intervention en cas de situation de crise et d'urgence ainsi que la capacité d'intervention aux échelons local et provincial.

Rec. n° 31 du rapport préliminaire

71. D'ici le 15 janvier 2004, le ministère doit examiner et mettre à jour ses protocoles provinciaux de communication en cas de crise, pour être en mesure de diffuser les renseignements lors d'une crise sanitaire. Ces protocoles doivent permettre de :

    a. nommer rapidement un ou plusieurs porte-parole crédibles et cohérents à l'échelon provincial, de façon à livrer un message uniforme et clair;

    b. mettre en place des mécanismes de communication bidirectionnelle, permettant aux personnes de poser leurs questions et d'obtenir des clarifications;

    c. fournir au personnel la formation en communication appropriée;

    d. diffuser rapidement les approches de communication en différentes langues et formats.

Rec. n° 32 du rapport préliminaire

72. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer une stratégie provinciale de communication des risques de santé publique dans le cadre du plan de prévention général des crises sanitaires. Cette stratégie doit être basée sur les meilleures pratiques internationales en matière de communication des risques et doit être partagée avec les gouvernements local et fédéral, ainsi qu'avec les organismes de santé, afin de faciliter la coordination des efforts et la compréhension des rôles respectifs. La base de cette stratégie de communication doit :

    a. reposer sur des moyens de communication dont l'efficacité a été démontrée et améliorer ceux-ci; par exemple, l'utilisation des systèmes axés sur l'Internet pendant la crise du SRAS;
    b. inclure des approches et des outils ciblés pour différents auditoires, comme les praticiens et les patients;
    c. s'appuyer sur des liens étroits avec les bureaux de santé publique;
    d. encourager et développer les réseaux de communication des risques en matière de santé publique;
    e. identifier clairement les porte-parole provinciaux en cas de situations d'urgence, favorisant ainsi la confiance et la crédibilité;

f. s'assurer que les méthodes de communication utilisées pendant les crises sanitaires sont de nature pratique. Lorsqu'elles sont destinées aux travailleurs de la santé, les communications doivent inclure l'information sur les techniques appropriées et les meilleures pratiques devant être appliquées;
g. inclure des moyens efficaces pour faire comprendre au public la nécessité des mesures de dépistage, des changements aux règles de visite et des restrictions temporaires des services de santé. Ceci doit comprendre la production de matériel de communication et d'avis standardisés à distribuer aux patients;
h. prévoir des séances d'information entre le ministère et les fournisseurs de soins de santé, sous la forme de diffusions sur le Web ou d'autres mécanismes de communication en temps réel, juste avant toute communication publique sur un problème urgent de santé publique;
i. clarifier, mettre à jour et rationaliser les règlements et procédures concernant l'utilisation des médias en situation de crise. Cela doit inclure l'utilisation permanente de services efficaces d'achat de temps d'antenne sur les médias afin de communiquer les messages d'intérêt public;
j. optimiser l'utilisation des services téléphoniques d'information destinés au public dans le cadre du plan de prévention global;
k. inclure des mécanismes d'évaluation du rendement.

Nouvelle

73. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit apporter soutien et conseils en matière de communication des risques au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, aux bureaux de santé publique et à d'autres fournisseurs et organismes de soins de santé locaux, notamment les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Pour cela, l'agence doit :

- appuyer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en lui apportant des conseils techniques et scientifiques portant sur des sujets et des enjeux précis ainsi qu'en matière de communication des risques en général;

- créer et entretenir un réseau de communication des risques ayant pour objectif d'améliorer la capacité, tant au niveau sanitaire qu'à celui de la communication, des praticiens pour qu'ils puissent entreprendre et évaluer les activités de communication des risques.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Rec. n° 33 du rapport préliminaire

74. Le ministère doit demeurer en contact avec Santé Canada pour assurer la cohérence et désigner clairement les points de contact dans le cadre des plans de communication des risques. Les protocoles d'entente officiels doivent être examinés et mis à jour d'ici le 1er mars 2004, pour s'assurer qu'ils définissent clairement les rôles et les responsabilités. Le ministère doit s'engager à examiner et à mettre à jour régulièrement ces accords. Ces révisions doivent s'appuyer sur une expertise appropriée en matière de santé publique et doivent inclure des représentants du BIU.

Rec. n° 34 du rapport préliminaire

75. Le ministère doit s'assurer immédiatement que toute communication écrite destinée aux fournisseurs de soins de santé en situation de crise est :
a. claire, concise et applicable;
b. basée sur des faits scientifiques;
c. soutenue par des mécanismes de communication bidirectionnelle.

Rec. n° 35 du rapport préliminaire

76. D'ici le 1er mars 2004, le ministère doit élaborer un plan de sensibilisation du public amélioré, pour l'informer des dangers possibles ou réels pour la santé publique et des mesures de prévention des infections. Les organisations de santé et les associations professionnelles doivent participer à l'élaboration et à la mise en place de ce plan pour assurer la coordination des efforts et pour définir quels sont les outils les plus efficaces que les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour communiquer avec le public.

Nouvelle

77. Le ministère doit s'assurer que chaque bureau de santé publique maintient une capacité de communication de base qui comprend :

a. la communication des risques de santé publique;

b. la communication des risques en situation d'urgence sanitaire, dans le cadre de la planification globale des mesures d'urgence;

c. la production et la diffusion des documents sur la santé publique;

d. la traduction, en fonction des besoins locaux et coordonnée avec l'agence;

e. la participation des communicateurs de santé à des occasions de travail en réseau local et provincial, comme un réseau de communication des risques;

f. les relations avec les médias.

Nouvelle

78. Les bureaux de santé publique doivent également être soutenus adéquatement de façon à élaborer des processus et des mécanismes à l'échelon local pour mettre en réseau l'information et partager celle-ci avec les autres agents de communication de la santé.

Surveillance

Rec. n° 36 du rapport préliminaire

79. Le ministère doit s'appuyer sur le travail déjà entrepris jusqu'à présent et élaborer un plan provincial complet de surveillance des maladies infectieuses avant le 30 juin 2004. Ce travail doit :

   a. être mené par un groupe multidisciplinaire, qui rassemble des scientifiques, le gouvernement, les partenaires du secteur informatique et de la santé et faire rapport au ministre de la Santé et des Soins de longue durée;

   b. porter sur l'harmonisation et la clarification des rôles de tous les comités consultatifs provinciaux postérieurs à la crise du SRAS, avec les groupes de travail qui examinent le problème de la surveillance de la santé;

   c. examiner les occasions ou les obstacles existants en ce qui concerne l'utilisation des outils comme Télésanté et Télémédecine;

   d. inclure une surveillance des infections nosocomiales à l'échelle de la province.

Rec. n° 37 du rapport préliminaire

80. Le ministère doit s'assurer qu'une infrastructure informatique appropriée soit en place d'ici le 30 juin 2004, afin de contribuer au plan provincial de surveillance des maladies infectieuses.

Nouvelle

81. Un processus continu doit être créé pour communiquer les renseignements aux intervenants, notamment ceux qui ont trait à la surveillance et à l'épidémiologie, à la recherche, aux meilleures pratiques, etc. L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario doit élaborer et soutenir un Système ontarien d'information sur la santé publique pour permettre ce partage des renseignements. Ce système a pour objectif de fournir un portail spécifique d'accès aux renseignements épidémiologiques et de surveillance, comportant des analyses et de l'information relative aux tendances (notamment des rapports spécifiques) pour aider praticiens et décideurs.

Rec. n° 38 du rapport préliminaire

82. Le ministère doit avoir totalement mis en œuvre le système intégré d'information sur la santé publique, et y avoir apporté toutes les modifications de conception nécessaires, dans tous les bureaux de santé publique de la province, d'ici le 30 juin 2004.

Sommaire et recommandations
Résumé du rapport préliminaire
Introduction - Rapport final
Chapitre un : Organisation de l'agence
Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Chapitre trois : Points de service
Chapitre quatre : Plan d'action
Annexes
Glossaire

Rec. n° 39 du rapport préliminaire

83. Le ministère doit rapidement élaborer les moyens informatiques complets permettant aux bureaux de santé publique d'effectuer le suivi des contacts et la gestion de la quarantaine d'ici le 30 juin 2004. Si cela ne peut pas être réalisé au moyen de modifications du système intégré d'information sur la santé, d'autres plates-formes informatiques adaptées doivent être utilisées.

Rec. n° 40 du rapport préliminaire

84. Le ministère doit créer un groupe de travail avec des représentants des intervenants de la santé, des chercheurs et du ministère pour examiner, de toute urgence, l'ensemble des protocoles d'accès et de partage des données entre les bureaux de santé publique, le ministère, les municipalités et le gouvernement fédéral. Cet examen doit préciser de quelle façon et à qui les données d'identification personnelle peuvent être communiquées en cas d'éclosion de maladies infectieuses. Le groupe de travail doit présenter un rapport au ministère d'ici le 31 mars 2004. Ce rapport doit décrire la structure de partage des données communes, les rapports de subordination et les autres impératifs communs des protocoles d'accès et de partage des données.

Rec. n° 41 du rapport préliminaire

85. Le ministère doit entreprendre un examen juridique détaillé de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* par rapport aux éléments suivants :

    a. les impératifs de divulgation réglementés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*;

    b. l'identification des obstacles potentiels au partage approprié de l'information en temps utile;

    c. l'assurance que les renseignements personnels sont protégés.

    Cet examen doit être terminé d'ici le 31 mars 2004.

Ressources humaines en matière de santé

Recrutement

Rec. n° 42 du rapport préliminaire

86. Le ministère, avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités et les organismes professionnels, doit continuer à soutenir les nouvelles initiatives et à augmenter le nombre de professionnels de la santé recrutés, y compris les médecins, les infirmières et les inhalothérapeutes. En plus du travail déjà entrepris, une attention particulière doit être accordée à l'amélioration des occasions de formation en épidémiologie, en microbiologie médicale, en santé et sécurité au travail, en médecine communautaire, en soins actifs, en soins d'urgence et en santé publique. Des plans d'augmentation des capacités de formation dans ces domaines clés doivent être en place pour l'année universitaire 2005-2006 et annoncés publiquement.

Stratégies de recrutement

Rec. n° 43 du rapport préliminaire

87. Le ministère doit immédiatement subventionner, au minimum, deux postes en microbiologie médicale supplémentaires pour le Laboratoire central de santé publique de l'Ontario.

Rec. n° 44 du rapport préliminaire

88. Le ministère doit, en collaboration avec les associations et les ordres professionnels, commencer à élaborer de nouveaux modèles pour utiliser efficacement les ressources humaines de santé lors d'une crise sanitaire. Dans le cadre de ce processus, il faut prendre en compte les modèles de recrutement novateurs et l'utilisation du champ de pratique complet des professionnels.

Rec. n° 45 du rapport préliminaire

89. Le ministère doit continuer à établir des stratégies de recrutement durables pour les infirmières et les autres travailleurs de la santé afin d'améliorer la disponibilité des emplois à plein temps. Des rapports intermédiaires devraient être produits chaque année avec, pour objectif final, un taux d'emplois à plein temps supérieur à 70 % dans tous les secteurs de la santé avant le 1er avril 2005.

Nouvelle

90. Dans le cadre des stratégies de recrutement et afin de réduire les effets de la précarisation du personnel dans le domaine de la santé, il faut considérer des approches comme la création d'équipes-ressources centralisées et intégrées composées d'employés à plein temps, lesquelles fourniraient des occasions de formation interdisciplinaire et permettraient d'augmenter le nombre d'affectations du personnel de base et de créer des bases de données du personnel.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Santé et sécurité au travail

Rec. n° 46 du rapport préliminaire

91. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Travail, doit entreprendre un examen des règles, procédures et ressources actuelles de santé et sécurité au travail dans le secteur de la santé. Cette évaluation doit être terminée d'ici le 30 juin 2004.

    Sur la base des résultats de cette étude, le ministère, le ministère du Travail, les fournisseurs de soins de santé et les organisations professionnelles concernées doivent envisager la création de meilleures pratiques pour le domaine de la santé et de la sécurité au travail, avec comme objectif de définir le rôle des services de santé et sécurité au travail pendant une éclosion de maladie infectieuse et le lien le plus approprié entre ces services et les programmes de lutte contre les infections.

Rec. n° 47 du rapport préliminaire

92. Le ministère, en collaboration avec le ministère du Travail et les associations professionnelles, doit soutenir le développement permanent de meilleures pratiques pour l'utilisation de l'équipement de protection individuel d'ici le 31 décembre 2004. Le ministère doit également, en collaboration avec les organismes de santé, s'assurer que des moyens adéquats sont en place pour sensibiliser les groupes appropriés de travailleurs de la santé à l'utilisation correcte de l'équipement de protection individuel et aux faits qui justifient cette utilisation. De plus, l'Ontario doit soutenir les initiatives de recherche publiques et privées sur l'efficacité et les effets indésirables de l'équipement de protection individuel.

Nouvelle

93. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario, en collaboration avec les associations professionnelles, doivent élaborer et communiquer des lignes directrices claires concernant le devoir de prodiguer des soins qui incombe aux employeurs et au personnel de santé en situation d'urgence de santé publique. L'exemple de politique sur le devoir de prodiguer des soins inclus dans ce rapport peut aider à clarifier ce processus.

Nouvelle

94. Les ministères concernés au sein du gouvernement de l'Ontario doivent soutenir et encourager les employeurs du domaine de la santé à mettre en place les mécanismes de soutien nécessaires aux employés dans le cadre du plan d'intervention en cas d'urgence de santé. Ceux-ci doivent inclure la formation appropriée en matière de risque, une communication claire des plans de mesures d'urgence et des services de soutien psychologique adéquats.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Soutien psychologique

Rec. n° 48 du rapport préliminaire

95. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les experts, doit élaborer un plan d'intervention pour la mise sur pied et l'utilisation de programmes psychopédagogiques à utiliser lors des formations de préparation aux situations d'urgence. Ces programmes doivent remplir les objectifs suivants :

    a. préparer le personnel à faire face aux conséquences des situations d'urgence, notamment l'anxiété et la dépression;

    b. développer une capacité à faire face aux situations difficiles.

    Ces programmes doivent être créés d'ici l'été 2004.

Rec. n° 49 du rapport préliminaire

96. Le ministère, en collaboration avec les associations professionnelles et les employeurs du milieu de la santé, doit s'assurer de la disponibilité de programmes de soutien psychologique pour les travailleurs et travailleuses de la santé dans le cadre d'un plan solide de gestion des situations d'urgence. Ces programmes doivent :

    a. apporter un soutien à tout le personnel de première ligne;

    b. permettre un accès facile aux programmes d'aide aux employés et aux autres ressources, comme la psychiatrie;

    c. faire face aux problèmes d'isolation et de stigmatisation;

    d. intégrer des approches actives pour gérer la fatigue et le stress dus au travail.

    Une planification coordonnée dans ce domaine doit être entreprise avant février 2004.

Indemnisation

Rec. n° 50 du rapport préliminaire

97. Dans le cadre de sa planification des mécanismes d'intervention d'urgence, le ministère doit formaliser la mise en place rapide de programmes, comme le Programme provincial d'assistance au personnel du secteur de la santé, pour offrir aux travailleurs de la santé une indemnisation pour la perte de revenus résultant de l'impossibilité de travailler parce qu'ils sont malades, en quarantaine ou limités à un seul établissement en raison de la situation d'urgence.

Recommandations portant sur le processus

Pour garantir la responsabilisation et faciliter une approche coordonnée relativement à la mise en œuvre du présent rapport, le Comité d'experts recommande ce qui suit :

Rec. n° 51 du rapport préliminaire

98. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit créer un organisme de coordination unique pour superviser la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent rapport en respectant les échéances qui y sont précisées.

Rec. n° 52 du rapport préliminaire

99. Les travaux de cet organisme de coordination doivent être guidés et appuyés par un Groupe consultatif multidisciplinaire de spécialistes, où sont représentés les établissements et organismes de santé, les professionnels de la santé et leurs associations ainsi que la communauté scientifique.

Nouvelle

100. Le ministère de la Santé doit procéder à la mise en œuvre du renouvellement de la santé publique, selon le plan de mise en œuvre pluriannuel présenté dans le chapitre 4 de ce rapport final. Il doit également prévoir des subventions supplémentaires pour soutenir les recommandations proposées.

Nouvelle

101. Le ministère doit procéder à la création d'une équipe de transition relevant du médecin hygiéniste en chef et qui a la responsabilité de finaliser le plan de fonctionnement et de mise en œuvre de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario. L'équipe de transition doit mettre à profit l'expertise externe pertinente à la conception de l'agence et elle doit élaborer un mécanisme permettant aux organismes de santé de présenter des observations de manière appropriée et formelle.

Rec. n° 53 du rapport préliminaire

102. En reconnaissance des personnes touchées par le SRAS et pour mesurer la responsabilisation à l'égard du public concernant la mise en œuvre des présentes recommandations, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit présenter un rapport d'avancement des travaux à l'Assemblée législative au plus tard en décembre 2004.

Nouvelle

103. Le ministère doit préparer un plan pluriannuel pour appliquer les recommandations du Comité d'experts. Les progrès réalisés quant au plan et aux recommandations doivent être déposés devant l'Assemblée législative chaque année.

Priorités pour le renouvellement de la santé publique sur trois ans

B. Priorités pour le renouvellement de la santé publique sur trois ans

1re année

RP: Rapport préliminaire

A. **Mettre sur pied une équipe de transition** au sein du MSSLD ainsi que des relations avec des réseaux d'experts externes

B. **Plan de transition**
- Élaborer un plan de transition qui prend en compte les domaines suivants :
  a. processus de transfert des services du ministère vers l'agence;
  b. évaluation comparative des impératifs et des outils informatiques nécessaires à l'agence sur la base de ceux qui existent dans d'autres collectivités publiques en Amérique du Nord;
  c. évaluation préliminaire des besoins en ressources humaines et en capital pour l'agence en vue d'intégrer le Laboratoire central de santé publique;
  d. processus de création et de recrutement du conseil d'administration de l'agence;
  e. processus de nomination et de recrutement du PDG de l'agence.

C. **Documents fondateurs**
- Commencer la rédaction de la loi constitutive de l'agence.
- Modifier la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour augmenter l'autonomie du médecin hygiéniste en chef afin qu'il puisse s'exprimer sur les questions de santé publique importantes.
- Lancer des négociations pertinentes aux relations agence-MSSLD et agence-organisme fédéral nécessaires à l'établissement de protocole d'entente.
- Commencer la rédaction de protocoles d'entente.

D. **Santé publique**
- Examiner les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* pour assurer leur cohérence avec les objectifs de la santé publique (notamment la communication des risques).
- Terminer l'évaluation des capacités de la Division de la santé publique (RP n° 8).

- Entreprendre une évaluation de la santé publique à l'échelon local avec les objectifs suivants :
  a. détermination des capacités de base nécessaires;
  b. identification des principaux obstacles opérationnels, structurels et de gouvernance dans le fonctionnement des bureaux de santé publique;
  c. identification des facteurs déterminants principaux pour le remaniement des bureaux de santé publique.
- Élaborer un plan de transition sur quatre ans pour améliorer la responsabilité financière de la province pour les bureaux de santé publique, dont une étape sur un an assurant un financement de 100 % de 180 postes promis dans le cadre du plan d'action à court terme sur le SRAS (RP n° 4).
- Élaborer et commencer à mettre en œuvre une stratégie de revitalisation des ressources humaines en santé publique sur quatre ans (RP n° 3) – augmentation du nombre de postes de formation, augmentation des postes destinés aux personnes qui reviennent, augmentation des possibilités de formation continue à mettre en place durant la première année.
- Entreprendre l'examen du programme REDSP.

E. **Laboratoires**

- Engager quatre médecins microbiologistes supplémentaires en plus du directeur médical et des microbiologistes recommandés dans le rapport préliminaire (RP n° 43).
- Établir une possibilité de liaison entre la Division de la santé publique et les laboratoires de santé publique, notamment les vidéoconférences, les liens et mises à jour appropriés des systèmes d'information.
- Entreprendre un examen opérationnel du système des laboratoires de santé publique.

F. **Lutte contre les maladies transmissibles et les infections**

- Assurer un financement adéquat pour la formation en lutte contre les infections et élaborer des stratégies afin de satisfaire les besoins en ressources humaines en matière de lutte contre les infections (RP n° 15, 16 et 17).
- Mettre sur pied le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles avant le 30 juin 2004.
- Officialiser les accords avec les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections et financer ceux qui existent.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

- Définir au moins cinq réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections supplémentaires potentiels et préparer leur création de la manière suivante :
  a. entreprendre une évaluation de l'emplacement et de la capacité de l'expertise de base nécessaire, des modèles de mouvement et d'aiguillage des patients et des populations desservies;
  b. parrainer des séances afin de rassembler les intervenants nécessaires à l'élaboration des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections;
  c. définir les obligations de financement nécessaire au soutien de la mise en œuvre des réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections dans toute la province.
- Entreprendre une évaluation de toutes les salles de pression négative et d'isolement existantes pour soutenir l'évaluation des besoins sur la base des faits, recommandée par le rapport préliminaire (RP n° 13).
- Commencer l'élaboration de la composante provinciale d'un plan national de surveillance, à terminer sur une période de 3 à 5 ans, et cerner les facteurs de déclenchement nécessaires (p. ex., informatique, changements législatifs pour permettre le partage des renseignements) (RP n° 36 et 37).

G. **Mesures et interventions d'urgence**
- Veiller à ce que les fournitures et les réserves adéquates soient disponibles pour faire face aux urgences.

2e année

A. Santé publique

- Élaborer des modèles appropriés pour le regroupement des bureaux de santé publique locaux.
- Établir et rendre fonctionnelle une évaluation annuelle du rendement du secteur de la santé publique.

B. Agence

- Adopter à l'Assemblée législative une nouvelle loi constitutive pour l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.
- Entreprendre une planification des immobilisations de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.
- Mettre en marche le processus de nomination et de recrutement du président-directeur général de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

C. Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

- Le comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles doit créer des indicateurs de base et préparer toutes les autres activités qui entrent dans le cadre du mandat.
- Élaborer et mettre en œuvre davantage de réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections à l'échelle de la province (les activités comprennent le choix des organismes principaux, la création d'un comité directeur, l'élaboration d'un plan de fonctionnement).
- Entreprendre une évaluation, s'appuyant sur les normes du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles, pour cerner les obstacles à la lutte contre les infections.
- Financer la réhabilitation des établissements pour faire face aux changements de conception hautement prioritaires.
- Financer de façon ciblée le programme de lutte contre les

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

3e année

A. Agence

- Signer des accords sur les protocoles d'entente (agence-MSSLD-fédéral).
- Nommer le président-directeur général de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (l'équipe de transition rend compte au président-directeur général jusqu'à la fin des activités de transition et jusqu'à ce que l'agence compte tout son personnel et soit opérationnelle).
- Recruter et nommer les membres du conseil d'administration de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.
- Élaborer un plan de travail détaillé pour l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario, en partant du plan de transition élaboré au cours de la première année.

B. Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

- Rendre les réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections totalement opérationnels dans toute la province.

C. Santé publique

- Rendre fonctionnel le nouveau modèle de bureau de santé publique local et les *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* révisées.

4e année

A. Agence

- L'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario est opérationnelle pour certaines activités de protection de la santé (p. ex., comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles, Laboratoire central de santé publique, réseau d'alerte sanitaire, réseau de communication du risque, Système ontarien d'information sur la santé publique).
- Premier plan de rendement élaboré et en place, notamment le plan d'évaluation.

B. Santé publique

- Examen des activités de promotion de la santé pour éventuellement les incorporer à celles de l'agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

5e année

A. Agence

- Fonctionnement calculé à 45 millions de dollars par an.

B. Santé publique

- Poursuite du financement.

Coûts prévus pour les domaines clés des recommandations

Agence – général	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Conception initiale et planification de la transition (équipe de transition)	5 M $ (une fois)	5 M $ (une fois)	5 M $ (une fois)			
Fonctionnement[1] • coordination de la surveillance • épidémiologie • communications • recherche • transfert des connaissances • formation • Laboratoire central de santé publique[2]			10 M $	20 M $	45 M $	**45 M $**
Planification et conception des immobilisations (laboratoire et agence)		3,5 M $ (une fois)				
Construction (laboratoire et agence)			35M $ (une fois)[3]			
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**5 M $** **5 M $**	**8,5 M $** **5 M $**	**40 M $** **10 M $**	**20 M $**	**45 M $**	**45 M $**

[1] Les chiffres reflètent l'estimation des nouvelles dépenses nécessaires (à l'exclusion des subventions actuelles du Laboratoire central de santé publique et d'autres qui pourraient être réallouées à ces domaines). Les coûts totaux dépendent de l'évaluation faite lors de la troisième année de fonctionnement.
[2] Exclut les coûts de fonctionnement actuels du Laboratoire central de santé publique.
[3] Le coût réel dépend : (a) de l'examen fonctionnel; (b) des occasions de mise en commun et de construction commune; (c) des contributions fédérales potentielles.

▶ Page 295

Agence – laboratoire	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Postes de liaison du laboratoire, au sein de la Division de la santé publique	0,4 M $ →				→	**0,4 M $**
Examen opérationnel du Laboratoire central de santé publique	0,5 M $ (une fois)					
Postes de microbiologiste et de directeur médical	1 M $ →	+ à définir[4]	+ à définir[4]	+ à définir[4]	→ + à définir[4]	**1 M $ + à définir[4]**
Liaison par vidéoconférence (Division de la santé publique – laboratoires de santé publique)	0,15 M $ (une fois)					
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**0,65 M $** **1,4 M $**	**1,4 M $[4]**	**1,4 M $[4]**	**1,4 M $[4]**	**1,4 M $[4]**	**1,4 M $[4]**

[4] Les coûts nets supplémentaires peuvent être déterminés par l'entremise de l'examen fonctionnel du Laboratoire central de santé publique.

Santé publique	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Examen du REDSP	0,25 M $ (une fois)					
Activités du REDSP[5]		1,5 M $ →	→	→	→	**1,5 M $**
Examen de la capacité de la Division de la santé publique	0,25 M $ (une fois)					
Surveillance de la conformité à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*	0,25 M $ →	→	→	→	→	**0,25 M $**
Examen de la santé publique à l'échelon local	1 M $ (une fois)					
Modification du partage des coûts municipaux et provinciaux[6]	8 M $	20 M $	50 M $	95 M $ →	→	**95 M $**
Rapport sur le rendement de la santé publique	0,25 M $	0,75 M $ →	→	→	→	**0,75 M $**
Revitalisation des ressources humaines en santé publique[7]	1 M $	2 M $	3,5 M $ →	→	→	**3,5 M $**
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**1,5 M $** **9,5 M $**	**24,5 M $**	**56 M $**	**101 M $**	**101 M $**	**101 M $**

► Page 297

[5] Les montants réels dépendent des résultats de l'examen du REDSP.
[6] Les montants reflètent les coûts minimaux nécessaires au partage de la santé publique de 75 % à l'échelon provincial et 25 % à l'échelon municipal. Les montants peuvent être modifiés par les résultats de l'évaluation de la capacité et de la gouvernance du bureau de santé publique.
[7] Les montants peuvent être modifiés par les résultats de l'évaluation de la capacité et de la gouvernance du bureau de santé publique.

Lutte contre les maladies transmissibles et les infections	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Formation						
Formation à la lutte contre les infections (cours collégiaux)	1,5 M $	2,5 M $	5 M $ →	→	→	**5 M $**
Initiatives de formation des formateurs	0,75 M $	2 M $ →	→	→	→	**2 M $**
Initiatives de formation en ligne et à distance	0,75 M $	1,25 M $ →	→	→	→	**1,25 M $**
Examen du programme de base	0,25 M $ (une fois)					
Surveillance et supervision						
Élaboration d'un indicateur nosocomial	0,2 M $	0,75 M $ →	→	→	→	**0,75 M $**
Système de déclaration de l'indicateur nosocomial			1 M $	3 M $ →	→	**3 M $**
Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles (recrutement)	0,75 M $ →	→	→	→	→	**0,75 M $**
Réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections	5 M $	10 M $	15 M $	17 M $ →	→	**17 M $**

[8] Cet examen vise à établir la conformité de la conception des établissements par rapport aux normes du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles.

Lutte contre les maladies transmissibles et les infections	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Examen de la conception des établissements[8]		1,75 M $ (une fois)				
Remises à neuf des établissements[9]		10 M $ (une fois)	20 M $ (une fois)	40 M $ (une fois)		
Financement ciblé du programme de lutte contre les infections pour les hôpitaux et les SLD		5 M $	10 M $	15 M $ →		**15 M $**
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**0,25 M $** **8,95 M $**	**11,75 M $** **22,75 M $**	**20 M $** **35,75 M $**	**40 M $** **44,75 M $**	**44.75 M $**	**44,75 M $**

▶ Page 299

[9] Montants à allouer uniquement aux remises à neuf hautement prioritaires sur la base de l'examen de la conception des établissements.

Outils technologiques	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Élaboration du système informatique de l'agence (SOISP, RASP, etc.)[10]	0,5 M $ (une fois)	4 M $ (une fois)	10 M $ (une fois)	0,5 M $ →		**0,5 M $**
Page Web du comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles[9]	0,25 M $ →					**0,25 M $**
Soutien informatique aux réseaux régionaux de lutte contre les maladies transmissibles et les infections[9]	0,5 M $	1,5 M $	3,5 M $ →			**3,5 M $**
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**0,5 M $** **0,75 M $**	**4 M $** **1,75 M $**	**10 M $** **3,75 M $**	**4,25 M $**	**4,25 M $**	**4,25 M $**

[10] Une fois l'agence fonctionnelle, les coûts du système informatique seront intégrés dans le budget global. REMARQUE : Ces coûts supposent l'accès de l'Ontario à des fonds de surveillance de 30 M $, via les 100 M $ annoncés par le fédéral et alloués à Inforoute Santé du Canada.

Soins intensifs et intervention d'urgence	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE	Coût de base total pour les cinq années
Évaluation de CritiCall	0,25 M $ (une fois)					
Création d'un système et d'un réseau de soins intensifs (soutien à la planification)	0,6 M $ (une fois)					
Fonctionnement du système et du réseau de soins intensifs	1,2 M $	1,5 M $ →	→	→	→	**1,5 M $**
Augmentation du nombre d'employés du bureau de gestion des urgences	0,7 M $ →	→	→	→	→	**0,7 M $**
TOTAL • **Coûts uniques** • **Coûts de base**	**0,85 M $** **1,9 M $**	**2,2 M $**	**2,2 M $**	**2,2 M $**	**2,2 M $**	**2,2 M $**

Résumé des coûts de base totaux

	1re ANNÉE	2e ANNÉE	3e ANNÉE	4e ANNÉE	5e ANNÉE
Agence et laboratoire	6,4 M $	6,4 M $	11,4 M $	21,4 M $	46,4 M $
Santé publique	9,5 M $	24,5 M $	56 M $	101 M $	101 M $
Lutte contre les maladies transmissibles et les infections	8,95 M $	22,75 M $	35,75 M $	44,75 M $	44,25 M $
Outils de soutien technologiques	0,75 M $	1,75 M $	4,25 M $	4,25 M $	4,25 M $
Soins intensifs et interventions d'urgence	1,9 M $	2,2 M $	2,2 M $	2,2 M $	2,2 M $
TOTAL	**27,5 M $**	**57,6 M $**	**109,6 M $**	**173,6 M $**	**198,1 M $***

* Le calcul de ces coûts est entrepris sans connaître a) la réponse complète du fédéral au rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, b) la contribution potentielle de l'Ontario aux subventions fédérales en matière de santé publique annoncées récemment et c) les économies pouvant être réalisées grâce à des regroupements à l'échelon de l'agence. Il existe un réel potentiel de réduction des coûts en fonction des contributions fédérales.

Annexes

Annexe 1 : Cadre de référence

Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses

Cadre de référence

L'objectif du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario est d'examiner la capacité du système de santé de la province à assurer efficacement la prestation des services et à intervenir de façon appropriée lors d'urgences sanitaires futures, en mettant à profit les leçons tirées de l'urgence provoquée par le SRAS. Le Comité d'experts consultera les meilleurs experts dans une variété de disciplines et de secteurs pour atteindre cet objectif.

Mandat

Définir les apprentissages tirés de l'éclosion du SRAS et des mesures prises par le système de santé de l'Ontario pour y faire face et, à la lumière de ces leçons, fournir des conseils pratiques, ciblés et orientés vers l'avenir quant aux mesures nécessaires pour renforcer la lutte contre les maladies infectieuses à l'échelon sectoriel ainsi que dans l'ensemble du système de santé ontarien.

Fournir conseils et recommandations au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur la conception et l'élaboration de programmes de gestion des maladies infectieuses futurs, dont l'évaluation de la capacité d'appoint requise au sein du système, la recherche et les mesures nécessaires pour renforcer la lutte contre les infections, la santé publique et les capacités d'intervention du système.

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Objectifs

- Examiner la capacité du système de santé de l'Ontario à assurer efficacement la prestation des services et à intervenir de façon appropriée lors d'urgences sanitaires futures, en mettant à profit les leçons tirées de l'urgence provoquée par le SRAS dans la province. Ses rapports devraient être axés sur les leçons apprises en matière de systèmes, procédures, culture et organisation afin de mettre nos réussites à contribution et de bénéficier d'un système de santé doté d'une capacité d'intervention améliorée.

- Mettre à profit l'esprit de collaboration qui a guidé l'Ontario tout au long de la crise jusqu'à aujourd'hui et identifier les principales mesures requises pour renforcer la capacité de l'Ontario à prévenir les éclosions de maladies infectieuses, à intervenir lorsqu'elles surviennent et à les prendre en charge à l'échelle du système.

- Produire des conseils pratiques, ciblés et axés sur l'avenir pour tous les échelons et secteurs en ce qui a trait aux approches futures en matière de lutte contre les maladies infectieuses. Une attention spéciale doit être accordée aux apprentissages sur le SRAS qui peuvent être appliqués à la prévention, à l'identification et à la gestion d'autres éclosions de maladies infectieuses futures.

Composition

- Le Comité d'experts doit être composé d'un président et de membres dotés d'une autorité reconnue dans leur domaine respectif.

- Les membres seront nommés d'office au besoin.

Échéance

- La date limite pour la fin des travaux du Comité d'experts sera le 31 décembre 2003, à moins que le ministre de la Santé et des Soins de longue durée n'accorde une prolongation raisonnable.

- Le Comité d'experts doit produire un rapport d'étape dans deux mois, au plus.

Annexe 2:
Comparaison entre les *Essential Public Health Services* du CDC et les fonctions essentielles de santé publique de l'OPS

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

Comparaison entre les *Essential Public Health Services* du CDC et les fonctions essentielles de santé publique de l'OPS[1]

Essential Public Health Services du CDC et définitions	**Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions**
1. Surveillance de l'état de santé afin de déceler les problèmes de santé dans la communauté	**1. Surveillance, évaluation et analyse de l'état de santé**
À l'échelon local : 1. Évaluation précise et périodique de l'état de santé de la communauté, notamment : a. identification des risques pour la santé et définition des besoins en matière de services de santé; b. surveillance des statistiques de l'état-civil et de l'état de santé des groupes plus à risque que la population en général; c. identification des ressources de la communauté qui soutiennent le système de santé publique local pour la promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de vie. 2. Utilisation des méthodes et technologies appropriées, telles que les systèmes d'information géographique, pour interpréter et communiquer les données en fonction de divers auditoires. 3. Collaboration entre toutes les composantes du système de santé publique local, notamment les fournisseurs privés et les régimes de prestations sanitaires, pour établir et utiliser les systèmes de renseignements sur la santé de la population, tels que les registres de maladie et d'immunisation. À l'échelon de l'état : 1. Évaluation de l'état de santé dans l'ensemble de l'état et des risques pour la santé et définition des besoins en services de santé. 2. Surveillance des statistiques de l'état-civil et de l'état de santé des groupes plus exposés aux risques sanitaires que la population en générale. 3. Identification des ressources de la communauté qui soutiennent le système de	1. Évaluation à jour de la situation et des tendances en matière de santé au pays, notamment leurs déterminants, en portant une attention spéciale à l'identification des inégalités quant aux risques, aux menaces et à l'accès aux services. 2. Identification des besoins en matière de santé de la population, notamment une évaluation des risques sanitaires et de la demande en services de santé. 3. Gestion des statistiques de l'état-civil et de l'état des groupes spéciaux ou des groupes les plus à risque. 4. Génération de renseignements utiles pour l'évaluation du rendement des services de santé. 5. Identification des ressources non sectorielles qui soutiennent les activités de promotion de la santé et d'amélioration de la qualité de vie. 6. Élaboration de technologies, de savoir-faire et de méthodes pour la gestion, l'analyse et la communication des renseignements aux personnes responsables de la santé publique (notamment les acteurs clés d'autres secteurs, les fournisseurs en soins de santé et la société). 7. Identification et création d'agences qui évaluent et analysent avec précision la qualité des données recueillies.

[1] Sources : a) CDC Essential Public Health Services : consulté dans le site Web du *National Public Health Performance Standards Program* : http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/10EssentialPHServices.asp (consulté le 24 février 2004), ces services comprennent les responsabilités des gouvernements locaux et des états ainsi que celles des organismes dirigeants à l'échelon local, b) Fonctions essentielles de santé publique, OPS. *Public Health in the Americas*. 2002.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
santé publique de l'état en matière de promotion de la santé et d'amélioration de la qualité de vie. 4. Utilisation de la technologie et d'autres méthodes pour interpréter et communiquer l'information sur la santé à des auditoires variés dans des secteurs différents. 5. Collaboration en matière d'intégration et de gestion des systèmes d'information en santé publique. Gouvernance : 1. Évaluation précise et périodique de l'état de santé de la communauté, notamment : a. Identification des risques pour la santé (déterminants de la santé) et définition des besoins en services de santé. b. Surveillance des statistiques de l'état-civil et des indicateurs de l'état de santé des groupes plus à risque que la population en général. c. Identification des ressources de la communauté qui soutiennent le système de santé publique local en matière de promotion de la santé et d'amélioration de la qualité de vie. 2. Utilisation des méthodes et technologies appropriées, telles que les systèmes d'information géographique, pour interpréter et communiquer les données en fonction de divers auditoires. 3. Collaboration entre toutes les composantes du système de santé publique local, notamment les fournisseurs privés et les régimes de prestations sanitaires, pour établir et utiliser les systèmes de renseignements sur la santé de la population, tels que les registres de maladie et d'immunisation.	
2. Diagnostic et enquête sur les problèmes de santé et les risques pour la santé dans la communauté	**2. Surveillance en santé publique, recherche et lutte contre les risques et les menaces pour la santé publique**
À l'échelon local : 1. Étude épidémiologique des éclosions de maladies et des profils des maladies infectieuses et chroniques et des blessures, des risques environnementaux et autres menaces pour la santé. 2. Programmes d'épidémiologie en maladie	1. Capacité de mener des activités de recherche et de surveillance des éclosions d'épidémies, des profils des maladies transmissibles et non transmissibles, des facteurs comportementaux, des accidents et des contacts avec des substances toxiques ou des agents environnementaux

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
infectieuse. 3. Accès à un laboratoire de santé publique capable d'effectuer rapidement un dépistage et un grand volume de tests. À l'échelon de l'état : 3. Étude épidémiologique des éclosions de maladies et des profils des maladies infectieuses et chroniques, des blessures et d'autres menaces pour la santé. 4. Dépistage axé sur une population donnée, recherche de cas, enquête et analyse scientifique des problèmes sanitaires. 5. Exécution rapide du dépistage, d'un grand volume de tests et d'enquêtes épidémiologiques active sur les maladies infectieuses. Gouvernance : 1. Étude épidémiologique des éclosions de maladies et des profils des maladies infectieuses et chroniques et des blessures, des risques environnementaux et autres menaces pour la santé. 2. Programmes d'épidémiologie sur les maladies infectieuses. 3. Accès à un laboratoire de santé publique capable d'effectuer rapidement un dépistage et un grand volume de tests.	nocifs pour la santé. 2. Une infrastructure de services en santé publique conçue pour mener auprès de la population des activités de dépistage, de recherche de cas et de recherche épidémiologique générale. 3. Laboratoires de santé publique capables d'effectuer rapidement des dépistages et de traiter un volume élevé de tests nécessaires pour détecter les nouvelles menaces pour la santé et lutter contre celles-ci. 4. Mise sur pied de programmes actifs de surveillance épidémiologique et de lutte contre les maladies infectieuses. 5. Capacité de créer des liens avec les réseaux internationaux qui favorisent une meilleure gestion des problèmes de santé pertinents. 6. Capacité d'intervention de l'autorité sanitaire nationale et renforcement des mécanismes de surveillance en santé locale afin de déployer des moyens d'intervention rapide pour la lutte contre les problèmes sanitaires ou les risques spécifiques.
3. Information, sensibilisation et renforcement de l'autonomie de la population à l'égard des problèmes de santé	**3. Promotion de la santé**
À l'échelon local : 1. Activités d'information, de sensibilisation et de promotion de la santé afin de diminuer les risques sanitaires et de promouvoir la santé. 2. Plans et activités de communication sur la santé tels que la sensibilisation par les médias et le marketing social. 3. Renseignements sur la santé et ressources pédagogiques accessibles. 4. Programme de sensibilisation et de promotion de la santé en partenariat avec les écoles, les groupes confessionnels, les lieux de travail, les fournisseurs de soins personnels et autres afin de renforcer les programmes et les messages de promotion de la santé. À l'échelon de l'état : 1. Activités d'information, de sensibilisation et	1. Promotion des changements du mode de vie et des conditions environnementales afin de faciliter le développement d'une « culture de la santé ». 2. Renforcement des partenariats intersectoriels pour optimiser l'efficacité des activités de promotion de la santé. 3. Évaluation des répercussions des politiques publiques sur la santé. 4. Activités pédagogiques et de communication sociale visant à promouvoir des conditions, des modes de vie, des comportements et des environnements sains. 5. Réorientation des services de santé afin d'élaborer des modèles de soins qui encouragent la promotion de la santé.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
de promotion de la santé afin de diminuer les risques sanitaires et de promouvoir la santé. 2. Plans et activités de communication sur la santé tels que la sensibilisation par les médias et le marketing social. 3. Renseignements sur la santé et ressources pédagogiques accessibles. 4. Partenariats en matière d'éducation et de programmes de promotion de la santé avec les écoles, les groupes confessionnels, les lieux de travail, les fournisseurs de soins personnels et autres afin de renforcer les programmes et les messages de promotion de la santé. Gouvernance : 1. Activités d'information, de sensibilisation et de promotion de la santé afin de diminuer les risques sanitaires et de promouvoir la santé. 2. Plans et activités de communication sur la santé tels que la sensibilisation par les médias et le marketing social. 3. Renseignements sur la santé et ressources pédagogiques accessibles. 4. Partenariats en matière d'éducation et de programmes de promotion de la santé avec les écoles, les groupes confessionnels, les lieux de travail, les fournisseurs de soins personnels et autres afin de renforcer les programmes et les messages de promotion de la santé.	
4. Mobiliser les partenariats dans la communauté pour identifier et résoudre les problèmes de santé	**4. Participation sociale en matière de santé**
À l'échelon local : 1. Identifier les intervenants potentiels qui contribuent à la santé publique ou en bénéficient et augmenter leur sensibilisation quant à la valeur de la santé publique. 2. Construction des coalitions pour tirer parti de la totalité des potentiels et des ressources humaines et matérielles afin d'améliorer la santé dans la communauté. 3. Convoquer et encourager les partenariats entre les groupes et les associations (incluant ceux qui ne sont pas normalement considérés comme étant reliés au domaine de la santé) dans la compréhension de projets définis d'amélioration de la santé, notamment de programmes de prévention, de dépistage, de	1. Renforcer le pouvoir des membres de la société civile pour changer leur mode de vie et prévoir un rôle actif dans le développement de comportements et d'environnements afin d'influencer les décisions qui touchent leur santé et leur accès à des services de santé adéquats. 2. Faciliter la participation de la communauté aux décisions et aux actions concernant les programmes de prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la restauration de la santé afin d'améliorer l'état de santé de la population et de promouvoir des environnements qui encouragent des modes de vie sains.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
réadaptation et de soutien. À l'échelon de l'état : 1. Organisation et leadership pour convoquer, faciliter et collaborer avec des partenaires à l'échelle de l'état (incluant ceux qui ne sont pas normalement considérés comme reliés au domaine de la santé) pour identifier les priorités en matière de santé publique et créer des solutions efficientes en vue de résoudre les problèmes de santé à l'échelon de l'état et à l'échelon local. 2. Construction de partenariats dans l'ensemble de l'état pour collaborer au rendement des fonctions et des services essentiels de santé publique afin d'utiliser la totalité des ressources humaines et matérielles visant à améliorer la santé à l'échelon de l'état. 3. Assistance aux partenaires et aux communautés pour organiser et entreprendre des actions visant à améliorer la santé des communautés dans l'état. Gouvernance : 1. Identifier les intervenants potentiels qui contribuent ou qui bénéficient de la santé publique et augmenter leur sensibilisation à l'égard de la valeur de la santé publique. 2. Construire des coalitions pour tirer parti de la totalité des potentiels et des ressources humaines et matérielles afin d'améliorer la santé dans la communauté. 3. Convoquer et encourager les partenariats entre les groupes et les associations (incluant ceux qui ne sont pas normalement considérés comme étant reliés au domaine de la santé) pour entreprendre des projets définis d'amélioration de la santé, notamment des programmes de prévention, de dépistage, de réadaptation et de soutien.	
5. Élaborer des politiques et des plans soutenant les efforts individuels et communautaires en matière de santé	**5. Élaboration de politiques et développement de la capacité institutionnelle de planification et de gestion de la santé publique**
À l'échelon local : 1. Présence efficace du gouvernement à l'échelon local. 2. Élaboration de politiques visant à protéger la santé du public et à guider la pratique en matière de santé publique.	1. Définition d'objectifs de santé publique nationaux et infranationaux qui devront être mesurables et respecter le cadre de travail fondé sur l'équité. 2. Élaboration, suivi et évaluation des décisions en matière de politiques de santé

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
3. Planification systématique aux échelons de la communauté et de l'état pour améliorer la santé dans toutes les collectivités. 4. Alignement des ressources et des stratégies du système de santé publique local avec le plan communautaire d'amélioration de la santé. À l'échelon de l'état : 1. Planification systémique de la santé qui s'appuie sur les données appropriées, élabore et assure le suivi d'objectifs de santé mesurables et établit des stratégies et des actions pour guider l'amélioration de la santé communautaire à l'échelon de l'état et à l'échelon local. 2. Élaboration de lois, codes, règles, règlements, ordonnances et autres politiques afin de permettre la prestation des services de santé publique essentiels en soutenant les efforts individuels, communautaires et les efforts de l'état en matière de santé. 3. Nécessité d'un processus démocratique de dialogue et de débat entre les groupes touchés par les plans et les politiques de santé proposés avant l'adoption de tels plans et politiques. Gouvernance : 1. Gouvernance efficace de la santé publique locale. 2. Élaboration de politiques, codes, règlements et lois pour protéger la santé du public et guider la pratique dans le domaine de la santé publique. 3. Planification systémique à l'échelon du système de santé publique local et de l'état pour améliorer la santé publique dans toutes les collectivités. 4. Alignement des ressources et des stratégies du système de santé publique local avec les plans communautaires d'amélioration de la santé.	publique par un processus participatif cadrant avec le contexte politique et économique dans lequel les décisions sont prises. 3. Capacité institutionnelle pour la gestion des systèmes de santé publique, incluant la planification stratégique avec un accent mis sur la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'initiatives ciblant les problèmes de santé de la population. 4. Développement de compétences en matière de planification et d'évaluation du processus décisionnel basé sur les faits, capacité de leadership et communication efficace, développement organisationnel et gestion des ressources. 5. Renforcement de la capacité à assurer une coopération internationale en matière de santé publique.
6. Assurer l'application des lois et règlements qui protègent la santé et assurent la sécurité	**6. Renforcement de la capacité institutionnelle de planification et de gestion de la santé publique**
À l'échelon local : 1. Examen, évaluation et révision des lois et règlements destinés à protéger la santé et la sécurité afin qu'ils reflètent les connaissances scientifiques existantes et les	1. Capacité institutionnelle d'élaboration de cadres de régulation et d'application des lois qui protègent la santé publique et veillent à la conformité à l'intérieur de ces cadres.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
meilleures pratiques en vue d'assurer la conformité. 2. Éducation des personnes et des entités ayant pour devoir d'observer ou d'appliquer les lois et règlements destinés à protéger la santé et la sécurité, afin d'encourager la conformité. 3. Activités de surveillance de la conformité dans les domaines sensibles de la santé publique, notamment mais de façon non limitative : la protection de l'eau potable, le contrôle du respect des normes en matière de lutte contre la pollution atmosphérique, la réglementation en ce qui a trait aux soins fournis dans les établissements de soins de santé et aux programmes de santé, la réinspection des lieux de travail suite à une violation des normes de sécurité, l'examen de nouvelles demandes d'homologation de médicaments et d'instruments médicaux et biologiques, le contrôle du respect des règlements sur la vente d'alcool et de tabac aux personnes mineures et sur le port de la ceinture de sécurité et des sièges de sécurité pour les enfants ainsi que la vaccination des enfants. À l'échelon de l'état : 1. Examen, évaluation et révision des lois et règlements destinés à protéger la santé et la sécurité afin qu'ils reflètent les connaissances scientifiques existantes et les meilleures pratiques pour assurer leur conformité. 2. Éducation des personnes et des entités ayant pour devoir d'observer ou d'appliquer les lois et règlements destinés à protéger la santé et la sécurité, afin d'encourager la conformité. 3. Activités de surveillance de la conformité dans les domaines sensibles de la santé publique, notamment mais de façon non limitative : la protection de l'eau potable, le contrôle du respect des normes en matière de lutte contre la pollution atmosphérique, la réglementation en ce qui a trait aux soins fournis dans les établissements de soins de santé et aux programmes de santé, la réinspection des lieux de travail suite à une violation des normes de sécurité, l'examen de nouvelles demandes d'homologation de médicaments et d'instruments médicaux et	2. Capacité de créer de nouvelles lois et de nouveaux règlements visant à améliorer la santé publique et à promouvoir des environnements sains. 3. Protection du consommateur en ce qui a trait aux services de santé. 4. Réalisation de toutes ces activités pour assurer une conformité cohérente, pleine et entière dans les délais appropriés avec ces cadres de régulation et d'application des règlements.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
biologiques, le contrôle du respect des réglementations sur la vente d'alcool et de tabac aux personnes mineures et sur le port de la ceinture de sécurité et des sièges de sécurité pour les enfants ainsi que la vaccination des enfants. Gouvernance : 1. Assurance de l'application régulière de la loi et reconnaissance des droits humains de la personne dans toutes les procédures, contrôle de l'application des lois et règlements et des actions entreprises sous l'autorité de la commission de la santé ou d'une autre compétence gouvernementale. 2. Examen, évaluation et révision des lois et règlements destinés à : • protéger la santé et la sécurité; • refléter les connaissances scientifiques existantes; • utiliser les meilleures pratiques pour atteindre la conformité. 3. Éducation des personnes et des entités ayant pour devoir d'observer et des organismes ayant pour devoir d'appliquer les lois et règlements afin d'encourager la conformité. 4. Activités de contrôle de la conformité pour un large éventail d'aspects sensibles de la santé publique en vertu de la primauté des lois et règlements à l'échelon local, fédéral et de l'état, notamment mais de façon non limitative : la réduction des nuisances, le contrôle des animaux, l'immunisation des enfants et autres vaccinations, la sécurité des aliments, le code du logement, le code sanitaire local, l'évacuation locale des eaux usées (fosses septiques), la protection de l'eau potable, l'environnement dans les établissements scolaires, l'élimination des déchets solides, la sécurité et la qualité de l'eau des piscines et des zones de baignade, la lutte contre le tabagisme et la lutte antivectorielle. 5. Assurer la prévention des maladies en : • surveillant les dangers; • réduisant l'exposition aux maladies dans les milieux de travail et communautaires; • augmentant le taux de vaccination. 6. Assurer le contrôle de la qualité des	

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
services médicaux offerts au système de santé publique local.	
7. Connecter les personnes aux services de santé nécessaires et assurer la prestation de soins de santé lorsque les services nécessaires ne sont pas disponibles	**7. Évaluation et promotion d'un accès équitable aux services de santé nécessaires**
À l'échelon local : 1. Identifier les populations ayant des difficultés à accéder aux services personnels de santé. 2. Identifier les besoins en services personnels de santé des populations ayant un accès limité à un système coordonné de soins cliniques. 3. Assurer la connexion des individus aux services personnels de santé appropriés par la coordination des services des fournisseurs et la mise en œuvre d'interventions destinées à éliminer les barrières empêchant l'accès aux soins (p. ex., un personnel et des équipements appropriés pour les différentes cultures et langues et services de transport). À l'échelon de l'état : 1. Évaluation de l'accès et de la disponibilité de services de soins personnels de santé de qualité pour la population de l'état. 2. Garantir la disponibilité d'accès à un système coordonné de soins de qualité qui inclut des services d'action sociale pour connecter la population aux soins préventifs et curatifs, aux services médicaux, à la prise en charge et permettant l'accès à des services sociaux et de santé mentale, à des services appropriés adaptés aux différentes cultures et langues, et à des programmes d'examen de la qualité des soins de santé. 3. Partenariat avec les secteurs public, privé et bénévole pour fournir aux populations un système de soins de santé coordonné. 4. Élaboration d'un processus d'amélioration continue pour assurer la distribution équitable des ressources pour ceux qui en ont le plus besoin. Gouvernance : 1. Assurer l'identification des populations avec des barrières aux services personnels de	1. Promotion de l'équité d'accès de la société civile aux services de santé nécessaires. 2. Élaboration des actions destinées à surmonter les barrières limitant l'accès à des interventions de santé publique et à aider à connecter les groupes vulnérables aux services de santé nécessaires. 3. Surveillance et évaluation de l'accès aux services de santé nécessaires offerts par les fournisseurs du secteur public ou privé et utilisation d'une approche multisectorielle, multiethnique et multiculturelle pour faciliter le travail entre les diverses agences et institutions en vue de réduire les injustices et les iniquités dans l'utilisation des services de santé nécessaires. 4. Collaboration étroite avec les institutions gouvernementales et non gouvernementales pour promouvoir l'égalité de l'accès aux services de santé nécessaires.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
santé. 2. Assurer l'identification des besoins en matière de services personnels de santé des populations ayant un accès limité à un système coordonné de soins cliniques. 3. Assurer la connexion des individus aux services personnels de santé appropriés par la coordination des services des fournisseurs et la mise en œuvre d'interventions destinées à éliminer les barrières empêchant l'accès aux soins (p. ex., un personnel et des équipements appropriés pour les différentes cultures et langues et services de transport).	
8. Assurer une main-d'œuvre compétente dans le domaine des soins de santé publics et personnels	**8. Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé publique**
À l'échelon local : 1. Évaluation de la main-d'œuvre (y compris les bénévoles et autres travailleurs communautaires de la santé non qualifiés professionnellement) afin de satisfaire les besoins en matière de services de santé publique et de services personnels de santé. 2. Maintenir les normes pour le personnel de santé publique, incluant des processus efficaces concernant l'autorisation d'exercer/la délivrance de titres et certificats aux professionnels et l'incorporation des compétences de base en santé publique nécessaires pour fournir les services essentiels de santé publique à l'intérieur des systèmes de personnel. 3. Adoption de programmes d'amélioration continue de la qualité et d'éducation permanente pour tous les membres du personnel de santé publique, incluant des possibilités formelles et informelles de développement des qualités de chef dans le domaine de la santé publique. À l'échelon de l'état : 1. Éducation, formation, perfectionnement et évaluation des professionnels de la santé, y compris les partenaires, bénévoles et autres travailleurs communautaires de la santé non qualifiés professionnellement – afin de satisfaire les besoins à l'échelle de l'état en matière de services de santé publique et de services personnels de santé.	1. Élaboration d'un profil de la main-d'œuvre de la santé publique au sein du secteur qui soit adéquat pour la prestation des services de santé publique. 2. Éduquer, former, développer et évaluer le personnel de santé publique pour identifier les besoins en matière de services de santé publique et de soins de santé, répondre efficacement aux besoins prioritaires en matière d'activités de santé publique. 3. Définition des exigences relatives aux autorisations d'exercer pour les professionnels de la santé en général et adoption de programmes continus qui améliorent la qualité des services de santé publique. 4. Formation de partenariats actifs avec des programmes de perfectionnement professionnel pour s'assurer que tous les étudiants ont une expérience pertinente en santé publique et reçoivent une formation permanente en gestion de ressources humaines et en développement des qualités de chef dans le domaine de la santé publique. 5. Développement des compétences nécessaires pour travailler en milieu interdisciplinaire et multiculturel dans le domaine de la santé publique. 6. Formation en bioéthique pour le personnel de la santé publique mettant l'accent sur

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
2. Processus efficaces pour la délivrance de titres et certificats aux professionnels et techniciens du domaine de la santé. 3. Adoption de programmes d'amélioration continue de la qualité et de formation continue. 4. Partenariats avec des programmes de perfectionnement professionnel en milieu de travail pour s'assurer que tous les participants ont une expérience d'apprentissage pertinente. 5. Formation permanente en gestion, compétences culturelles et programmes de développement des qualités de chef. Gouvernance : 1. Éducation, formation et évaluation du personnel (y compris les bénévoles et autres travailleurs communautaires non qualifiés professionnellement) afin de satisfaire les besoins de la communauté en matière de services de santé publique et de services personnels de santé. 2. Processus efficaces relatifs aux autorisations d'exercer pour les professionnels. 3. Adoption de programmes d'amélioration continue de la qualité et d'éducation permanente intégrant les facteurs déterminants de santé. 4. Partenariats actifs avec des programmes de formation professionnelle pour s'assurer que tous les étudiants ont une expérience d'apprentissage pertinente dans la communauté. 5. Formation permanente en gestion et programmes de développement des qualités de chef pour les personnes ayant des rôles administratifs ou exécutifs.	les principes et les valeurs de solidarité, d'équité et de respect pour la dignité humaine.
9. Évaluer l'efficacité, l'accessibilité et la qualité des services personnels de santé et des services de santé communautaire	**9. Assurance de la qualité des services personnels de santé et des services de santé communautaire**
À l'échelon local : 1. Évaluer l'accessibilité et la qualité des services fournis et l'efficacité des programmes de services personnels de santé et des services de santé communautaire. 2. Fournir l'information nécessaire pour	1. Promotion de systèmes qui évaluent et améliorent la qualité. 2. Faciliter l'élaboration des normes requises pour un système d'assurance et d'amélioration de la qualité et supervision de la conformité des fournisseurs de services avec cette obligation.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions
l'attribution des ressources et la réforme des programmes. À l'échelon de l'état : 1. Évaluation et examen critique du programme de santé basés sur l'analyse des données sur l'état et l'utilisation des services de santé et effectués pour déterminer l'efficacité du programme et fournir les informations nécessaires pour l'attribution de ressources et la réforme de programmes en vue d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la qualité. 2. Évaluation et amélioration du système et de la capacité du système de santé publique de l'état. Gouvernance : 1. Assurer une évaluation continue et un examen critique de l'efficacité des programmes de santé basés sur l'analyse des données sur l'état et l'utilisation des services de santé. 2. Assurer la fourniture des renseignements nécessaires pour la répartition des ressources et la refonte des programmes.	3. Définition, explication et assurance des droits des utilisateurs. 4. Système d'évaluation les technologies de la santé soutenant le processus décisionnel à tous les niveaux et contribuant à l'amélioration de la qualité. 5. Utiliser des méthodes scientifiques pour évaluer les interventions ayant des degrés de complexité variés dans le domaine de la santé. 6. Systèmes d'évaluation de la satisfaction des utilisateurs et application des résultats obtenus pour améliorer la qualité des services de santé.
10. Recherche de nouveaux concepts et de solutions novatrices pour résoudre les problèmes de santé	**10. Recherche dans le domaine de la santé publique**
À l'échelon local : 1. Continuum de solutions novatrices aux problèmes de santé allant d'initiatives pratiques sur le terrain pour encourager le changement dans les pratiques de santé, à des initiatives universitaires pour susciter de nouvelles orientations en matière de recherche scientifique. 2. Réseaux avec des institutions de recherche et d'enseignement avancé. 3. Capacité de lancer des analyses épidémiologiques dans des délais appropriés et de conduire des recherches sur les systèmes de santé. À l'échelon de l'état : 1. Continuum complet de recherches allant des initiatives pratiques sur le terrain pour encourager l'amélioration des pratiques en santé publique à des recherches scientifiques formelles. 2. Réseau avec des institutions de recherche et d'enseignement avancé.	1. Recherche rigoureuse visant à accroître les connaissances pour soutenir le processus décisionnel à différents niveaux. 2. Mise en œuvre et développement de solutions novatrices du domaine de la santé publique dont les effets peuvent être mesurés et évalués. 3. Établissement de partenariats avec les centres de recherche et les institutions universitaires, du secteur de la santé ou non, afin de conduire dans les délais appropriés des études qui soutiennent le processus décisionnel de l'autorité sanitaire nationale à tous ses niveaux et dans tous ses champs d'action.

Essential Public Health Services du CDC et définitions	**Fonctions essentielles de santé publique OPS et définitions**
3. Capacité interne de lancer dans des délais appropriés une analyse épidémiologique et économique et de conduire les recherches nécessaires sur les services de santé. Gouvernance : 1. Activités locales de recherche en santé publique : ▪ lancer des recherches; ▪ participer à des recherches conduites par d'autres; ▪ communiquer les résultats; ▪ mettre en œuvre des politiques basées sur ces résultats.	
	11. Diminuer le nombre d'urgences et de désastres sanitaires, y compris en prévention, en capacité d'intervention, en mesures d'intervention et en réadaptation
	1. Élaboration de politiques, planification et exécution d'activités en matière de programmes de prévention, d'atténuation, de capacité d'intervention, de mesures d'intervention rapide et de réadaptation afin de réduire les effets des catastrophes sur la santé publique. 2. Approche intégrée relativement aux dommages et à l'étiologie de toute situation d'urgence et catastrophe qui peut toucher le pays. 3. Engagement de tout le système de santé et collaboration intersectorielle et inter-institutionnelle aussi étendue que possible pour réduire les répercussions des situations d'urgence et des catastrophes. 4. Collaboration intersectorielle et internationale pour répondre aux problèmes de santé résultant des situations d'urgence et des catastrophes.

Glossaire

Glossaire

ACO	Action Cancer Ontario
Agence	Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (APPSO)
alPHa	Association of Local Public Health Agencies
APPSO	Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (agence)
BCCDC	British Columbia Centre for Disease Control
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.)
Comité d'experts	Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses
CPLMT	Comité provincial de lutte contre les maladies transmissibles
CSC	Centre de santé communautaire
GSUO	Gestion des situations d'urgence Ontario
HPA	Health Protection Agency (R.-U.)
IA	Infirmière autorisée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSS	Institut de recherche en services de santé
Ministère	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale

Sommaire et recommandations

Résumé du rapport préliminaire

Introduction - Rapport final

Chapitre un : Organisation de l'agence

Chapitre deux : Lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Chapitre trois : Points de service

Chapitre quatre : Plan d'action

Annexes

Glossaire

OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PE	Protocole d'entente
PHERO	Public Health and Epidemiology Report Ontario
RASP	Réseau d'alerte de santé publique
RCR	Réseau de communication des risques
REDSP	Recherche, éducation et de développement en santé publique
RGT	Région du Grand Toronto
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SIMDO	Système informatique sur les maladies à déclaration obligatoire
SISP-i	Système intégré d'information sur la santé publique
SLD	Soins de longue durée (établissement)
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère